

FACTORES CARACTERÍSTICOS EN LA PÉRDIDA: PERSPECTIVA TEÓRICA

Valeria Moriconi*, Cristina Maroto**
y María Cantero-García***

RESUMEN

El duelo es un proceso emocional que permite adaptarse a una pérdida. El objetivo principal que se pretende alcanzar con este artículo es identificar los factores característicos de la pérdida que se encuentran encapsuladas como «duelo complicado» para llegar a una posible categorización del duelo. Se realiza una revisión narrativa para la cual se han revisado y seleccionado los artículos científicos publicados en la base de datos PubMed, utilizando los siguientes términos: «Grief» [Mesh], «Disenfranchised Grief» [Mesh], «Bereavement», «Complicated Grief», «Prolonged Grief», «Traumatic Grief», «Pathological Grief», «Maladaptative Grief», «Collective Grief», «Anticipatory Grief», «Grief Loss» y «Covid Grief». Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que podemos conocer la categorización y los distintos tipos de duelo, y que esto ayuda a actuar de modo preventivo e intervenir de forma temprana para evitar complicaciones en el proceso de duelo. Además, dicha categorización nos va a permitir desarrollar una mejor intervención en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: duelo, categorización, revisión narrativa, prevención, intervención.

CHARACTERISTIC FACTORS IN LOSS: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Grief is an emotional process of adaptation to loss. The main objective of this article is to identify the characteristic factors of loss that are synthesized as: «complicated grief» in order to arrive at a possible categorization of grief. A narrative review is carried out for which scientific articles published in the PubMed database have been reviewed and selected, using the following terms: «Grief» [Mesh], «Disenfranchised Grief» [Mesh], «Bereavement», «Complicated Grief», «Prolonged Grief», «Traumatic Grief», «Pathological Grief», «Maladaptative Grief», «Collective Grief», «Anticipatory Grief», «Grief Loss» and «Covid Grief». The results obtained show that knowing the categorization and the different types of grief helps to act preventively and intervene early to avoid complications in the grief process. Furthermore, this categorization will allow us to develop a better intervention in clinical practice.

KEYWORDS: bereavement, complicated grief, narrative review, prevention, intervention.



INTRODUCCIÓN

Según el diccionario de la Real Academia Española (2021), la muerte es la cesación o término de la vida, y dentro del pensamiento tradicional constituye la separación del cuerpo y del alma. A lo largo de la historia la muerte ha sido un tema de reflexión importante, con diferentes significados dentro de cada cultura, las cuales influyen en la conceptualización de las personas respecto a la misma. Normalmente, la muerte se concibe como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia o la de otros, generando miedo, ansiedad, preocupación, etc. Esto motiva a las personas a tener conductas para evitar la muerte, a aceptarla como parte de la vida o a pensar que existe una vida feliz después de morir, donde entran en juego las creencias religiosas (Eloisa *et al.*, 2011).

El duelo (del latín *dolium*, ‘dolor o aflicción’) se produce como una reacción natural a una pérdida e incluye componentes emocionales, cognitivos y relacionales (García-Viniegras *et al.*, 2014). Este proceso es esencial para la adaptación tras la muerte de la persona querida, siendo una de las experiencias más estresantes que puede vivir el ser humano (Nevado y González, 2020).

La distinción entre un duelo normal y patológico es difícil porque lo que llamamos ‘normalidad’ depende de la cultura, de la edad y de otros aspectos (Brown y Goodman, 2005). Aun así, se puede identificar una minoría de personas que experimentan un proceso de duelo más severo e incapacitante, al que la literatura científica se ha referido como «duelo complicado» (Lundorff *et al.*, 2017). Existen tres entidades psicopatológicas que se refieren a este concepto en función del tipo de clasificación. En primer lugar, el «Trastorno de Duelo Prolongado» (TDP), planteado por Prigerson *et al.* (2009); en segundo lugar, el llamado «Duelo Complicado» (DC), que fue propuesto por Shear *et al.* (2011); y, por último, el «Trastorno de Duelo Complejo y Persistente» (TDCP), que se encuentra en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Además de estas entidades, también se encuentran en la literatura científica como duelo patológico o incapacitante (Brown y Goodman, 2005). Según Barreto y Soler (2007), la diferencia entre los tipos de duelo sería la intensidad con la que se viven los síntomas del duelo, es decir, se trataría de una diferencia cuantitativa y no cualitativa. Maciejewski *et al.* (2016) añaden diferencias en cuanto al diagnóstico, específicamente en el criterio temporal y en la concepción del duelo.

El proceso de duelo ha sido entendido de diversas maneras por distintos autores, normalmente con etapas, fases o tareas (Worden, 2013). Si tenemos en cuenta el abordaje del duelo por etapas, encontramos a la doctora Elisabeth Kubler-Ross,

* Departamento Psicología. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0336-6708>.

** Alumna M PGS. Facultad de Psicología. Universidad de Comillas.

*** Departamento de Psicología. Facultad Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas & Área de Salud. Universidad Internacional de Valencia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7716-2257>. Autor de correspondencia: María Cantero-García, e-mail para correspondencia: maria.canterogar@gmail.com.

quien describe cinco etapas diferenciadas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación o rechazo (Cuadrado, 2010). El problema de abordar el duelo por etapas es que no todas las personas pasan por todas ellas y de la misma manera (Worden, 2013). Otro modo frecuente de contemplar el proceso de duelo es a través de fases. Para Parkes (1972), la elaboración del duelo sigue cuatro fases: periodo de insensibilidad, negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte; fase de añoranza, depresión; la fase de desesperación y desorganización; y la última, fase de conducta reorganizada. Otra forma de abordar el duelo es a través de tareas, como las que propone Worden (2013) en su libro *El tratamiento del duelo*. Estas son aceptar la realidad de la pérdida, elaborar el dolor de la pérdida, adaptarse a un mundo sin el fallecido y hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva.

Los instrumentos que se han ido utilizando a lo largo de los años también son diversos y han sido usados para evaluar, sobre todo, el «duelo complicado». Uno de los más utilizados es el Inventario de Duelo Complicado (IDC), pues permite identificar síntomas que diferencian entre duelo complicado y duelo normal (Prigerson *et al.*, 1999). El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) también ha sido muy utilizado, pues diferencia entre síntomas de duelo del momento presente y los que fueron del pasado. Esta herramienta no fue directamente diseñada para el duelo complicado, pero debido a que se utilizaba para medir la gravedad de los síntomas, ha sido utilizada también para medir el duelo complicado (Faschbauer, Zisook y De Vault, 1977; en Treml *et al.*, 2020). Otro de los instrumentos es el Cuestionario de Duelo Prolongado (PG-12 y PG-13, Prigerson *et al.*, 2008). Ambos se diferencian porque el primero fue creado para identificar el Trastorno de Duelo Prolongado, mientras que el segundo incluye específicamente el criterio temporal de 6 meses para el diagnóstico del duelo complicado (Prigerson *et al.*, 2009).

Algunos expertos coinciden en la dificultad de desarrollar investigaciones sobre el tratamiento del duelo con la falta de criterios comunes que existen (Prigerson *et al.*, 2008). Aun así, se encuentran diversos modelos de tratamiento del duelo «complicado» (Romero, 2013), como el de Worden (2013) por fases o tareas; el de Katherine Shear (2010), enmarcado en la teoría del apego, en la terapia interpersonal, en la corriente cognitivo-conductual e intervención motivacional; o el Counselling (Barreto y Soler, 2007), que utiliza el diálogo deliberativo y el soporte emocional; y, por último, el tratamiento con orientación cognitivo-conductual, que profundiza en realizar un procesamiento de lo sucedido, identificar y cambiar las creencias asociadas y reemplazar las estrategias ansioso-depresivas de evitación (Romero, 2013).

Debido a la disparidad de entidades, formas de concebir el proceso de duelo e instrumentos utilizados para medirlo, los estudios de prevalencia del duelo complicado muestran resultados diferentes. Lundorff *et al.* (2017) intentan agrupar estos datos en un metaanálisis cuyo resultado es el que la prevalencia general del duelo complicado es de un 9,8%. Además, esta falta de criterios consensuados también dificulta el desarrollo y replicación de investigaciones que permitan conocer cuáles son los tratamientos con mayor efectividad para este tipo de problemática (Prigerson *et al.*, 2008).



Como profesionales de la psicología, es importante poder predecir si un duelo va a tener una evolución normal o si por el contrario existe la posibilidad de que sea patológico o complicado, ya que habría diferencia entre acompañar en la evolución normal del duelo e intervenir con el fin de prevenir la patologización de este (Bamba *et al.*, 2017).

Específicamente en España, existe una escasa investigación sobre el duelo patológico y la que se encuentra se caracteriza por la falta de especificación y de acuerdo en cuanto al diagnóstico (Parro-Jiménez, 2021). Romero (2013) considera necesario aportar datos significativos para generar tratamientos efectivos que permitan dar soporte a las consecuencias que pudieran derivarse de la complicación del proceso de duelo. Para ello, se necesitaría estudiar los predictores de riesgo del duelo, para poder identificar a los dolientes que puedan necesitar ayuda psicológica tras la pérdida, discerniendo entre los diferentes tipos de duelo que pueden presentar.

OBJETIVOS

El objetivo principal que se pretende alcanzar con este artículo es identificar los factores característicos de la pérdida que se encuentran encapsuladas como «duelo complicado» para llegar a una posible categorización del duelo, atendiendo de forma secundaria a:

- a) Tipos de familiares que buscaron ayuda profesional y diferencias por género.
- b) Los instrumentos que se utilizaron para evaluar el duelo.
- c) La modalidad de intervención psicológica para tratar el duelo que se empleó en el estudio.

MÉTODO

Se realiza una revisión narrativa para la cual se han revisado y seleccionado los artículos científicos publicados en la base de datos PubMed, utilizando los siguientes términos: «Grief» [Mesh], «Disenfranchised Grief» [Mesh], «Bereavement», «Complicated Grief», «Prolonged Grief», «Traumatic Grief», «Pathological Grief», «Maladaptative Grief», «Collective Grief», «Anticipatory Grief», «Grief Loss» y «Covid Grief». Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND para conectar y combinar los términos mencionados.

Los criterios de inclusión que se utilizan de acuerdo con el objetivo del presente trabajo son:

- 1) Estudios con metodología cualitativa o cuantitativa que incluyan una muestra que esté padeciendo un proceso de duelo.
- 2) Investigaciones en las que se describen los tipos de duelo de la clasificación propuesta con los términos señalados.
- 3) Estudios en español o inglés.

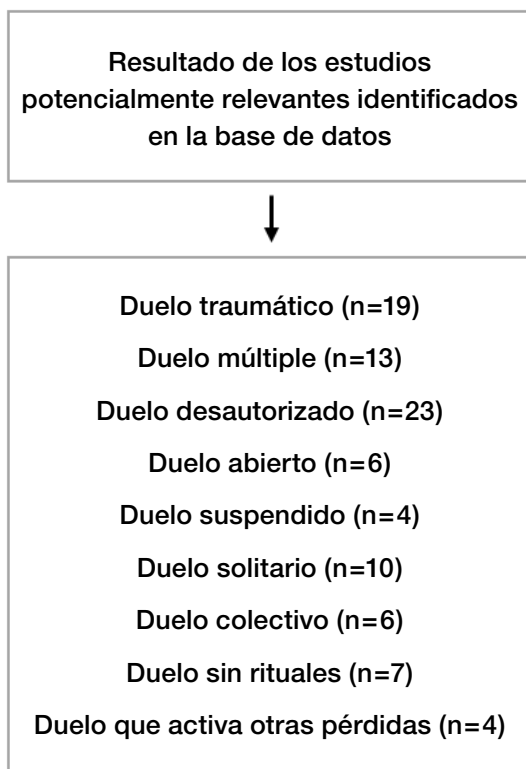


Figura 1. Diagrama de los estudios seleccionados.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- 1) Estudios en los que no se hable de duelo.
- 2) Investigaciones cuya muestra no esté sufriendo un duelo.
- 3) Estudios que estén escritos en otros idiomas.

En la figura 1 se puede visualizar la cantidad de artículos encontrados en la base de datos a partir de los términos seleccionados. En total, se han utilizado 92 estudios para este trabajo.

RESULTADOS

En base a la bibliografía consultada y con el objetivo de actuar a modo preventivo e intervenir de forma temprana para evitar complicaciones en el proceso de duelo, se ha llevado a cabo una clasificación de los tipos de duelos, en función de las



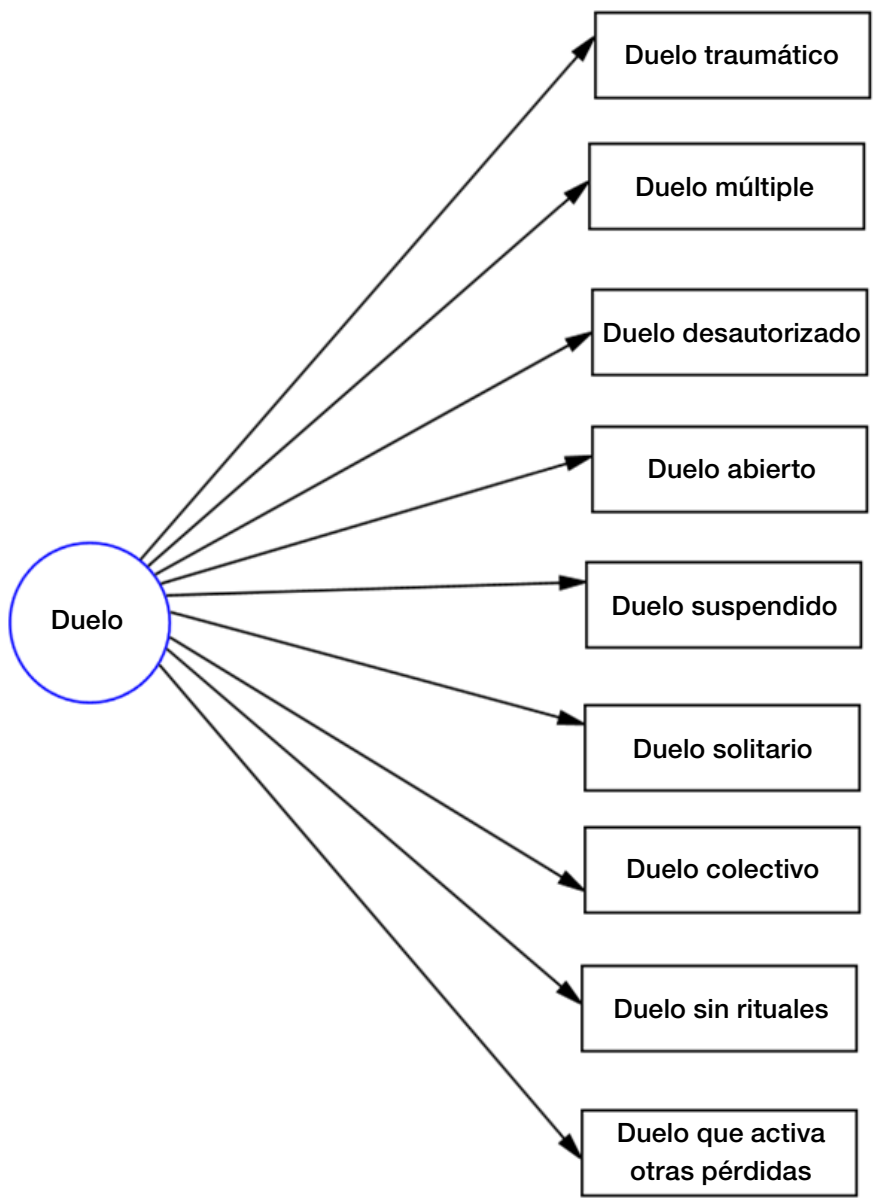


Figura 2. Propuesta de clasificación de los tipos de duelo «complicado» o «patológico».

características y sintomatología de los mismos. Estos son duelo traumático, múltiple, desautorizado, abierto, suspendido, solitario, colectivo, sin rituales y aquel que activa otras pérdidas (figura 2).

PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE DUELO «COMPLICADO»

DUELO TRAUMÁTICO

Este duelo está relacionado con las circunstancias traumáticas o la exposición que rodea a la muerte del ser querido (Dyregrov *et al.*, 2015). De hecho, en el estudio de Mutabaruka *et al.* (2011), encontraron que los síntomas del duelo traumático se correlacionaron con la exposición al trauma o emociones desagradables y que la intensidad del distrés experimentando durante o inmediatamente después de la exposición al trauma podría mediar la relación entre la exposición al trauma y el duelo traumático. También se han encontrado estos resultados en investigaciones con niños como la de Dickens (2014), quienes hallaron que una pérdida y, por tanto, su consecuente proceso de duelo podría desencadenar en un trastorno por estrés postraumático.

Las circunstancias en las que puede ocurrir un duelo traumático son diversas. Algunas de las más comunes son por desastres naturales (terremotos, inundaciones...), guerras, muertes violentas (Nakajima *et al.*, 2012; Dyregrov *et al.*, 2015), desapariciones (Lenferink, *et al.*, 2017), muertes perinatales (Krosch y Shakespeare-Finch, 2016), migraciones (Schreiber, 1995) o incluso la pandemia de la COVID-19 (Velázquez, 2020; Kokou-Kpolou, 2020), entre otras.

Algunas de las condiciones que favorecen la aparición de duelos traumáticos son la rapidez de la pérdida, la incertidumbre, la impotencia, la sorpresa, la falta de información y la soledad antes y después de la pérdida (Velázquez, 2020). Además, también influye que la muerte sea repentina, que el ser querido fallezca solo (Masiero *et al.*, 2020) o que haya sido una muerte violenta (Lenferink *et al.*, 2017); la presencia de culpa, enfado y desesperanza (Cowdry y Stirling, 2019); miedo, horror, vulnerabilidad; desintegración de los esquemas cognitivos (Young *et al.*, 2012) y dificultad para encontrar un sentido, además de preocupaciones legales, exposición a los medios de comunicación o el estigma (Nakajima *et al.*, 2012). Según Tang y Chow (2016), el que se establezca como una muerte traumática depende de la valoración cognitiva que se haga de esa pérdida. Además, hay que tener en cuenta que las personas que presentan síntomas de un duelo traumático son cinco veces más tendentes a presentar ideación suicida que personas sin síntomas de duelo traumático, independientemente de que padezcan depresión (Prigerson *et al.*, 1999).

Algunos autores han propuesto unos criterios para diagnosticar un duelo traumático. Estos son: (A) La persona ha experimentado la muerte de una persona significativa; la respuesta incluye preocupaciones intrusivas, estresantes asociadas a la persona fallecida; (B) En respuesta a la muerte de la persona, se perciben algunos síntomas como los siguientes de forma persistente: intentos por evitar recordar aspectos sobre el fallecido, falta de interés por su futuro, sensación de vacío, desapego o ausencia de respuesta emocional, bloqueo, dificultad para reconocer la muerte, sentir que la vida no tiene sentido o está vacía, dificultad para imaginar una vida completa sin el fallecido, sentir que una parte de esa persona ha muerto, pérdida de seguridad o confianza, realiza comportamientos dañinos, excesiva irritabilidad o



ira relacionada con la muerte; (C) la duración de los síntomas es de, al menos, dos meses; (D) los síntomas causan limitaciones significativas en algunas o todas las áreas vitales de la persona (Jacobs *et al.*, 2000).

La gravedad de los síntomas del duelo traumático depende de diversos factores, como la relación con el fallecido, las circunstancias de la pérdida, así como factores de la propia personalidad del doliente (Echeburua *et al.*, 2012).

Específicamente con los fallecimientos por COVID, en recientes estudios se ha visto que el duelo que se experimenta es más complicado que el proceso de duelo cuando se trata de una muerte natural (Eisma y Tamminga, 2020; Breen *et al.*, 2021). Algunos autores (Breen *et al.*, 2021) exponen que el distrés por la separación, el proceso de duelo disfuncional y los síntomas de estrés postraumático son los responsables de estos resultados. Los autores (2022) identifican el duelo traumático y el duelo sin rituales como aquellos tipos de duelo más predominantes durante la pandemia. Por ello, se ha creado The Pandemic Grief Scale (PGS), un cuestionario de 5 ítems que tiene como objetivo poder identificar posibles casos de duelo disfuncional durante la pandemia, el cual ha mostrado su utilidad en estos casos (Lee *et al.*, 2021). Debido a la enorme demanda de personas con esta sintomatología se ve necesario y urgente el desarrollo de estrategias para identificar, delimitar y tratar a los dolientes por COVID-19 (Breen *et al.*, 2021).

DUELO MÚLTIPLE

Se identifica cuando hay más de una pérdida tangible o intangible que aflige al doliente. Las pérdidas múltiples incluyen la combinación de varias pérdidas que ocurrieron simultáneamente, como, por ejemplo, la muerte de un ser querido, la pérdida de la salud física o de la capacidad mental, un divorcio u otras circunstancias (Mercer y Evans, 2006).

Un ejemplo de pérdida múltiple es la situación vivida por la COVID-19, ya que se produjeron fallecimientos de personas queridas, pérdida de la libertad, separación de la familia, pérdida del trabajo o de las condiciones de este, en un periodo muy corto de tiempo (Gesi *et al.*, 2020; Zhai y Du, 2020), junto con un aumento en el miedo a la muerte (Menzies *et al.*, 2020). Algunos de estos duelos son relativamente nuevos, sobre todo los relacionados con la distancia social y el aislamiento, la incertidumbre en cuanto a las infecciones o la incapacidad de llevar a cabo el entierro o funeral del ser querido (Wallace *et al.*, 2020). Además, se estima que cada fallecimiento afecta a una media de 9 personas (Verdery *et al.*, 2020), por lo que unos 40 millones de personas están procesando el duelo por la pérdida de una persona querida por COVID-19 (Breen *et al.*, 2021).

Otro ejemplo es la noticia de ser positivo en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ya que estas personas hacen frente a la noticia, a las consecuencias en su propia salud, la posible pérdida de relaciones, de trabajo y, por ende, de la seguridad económica (Bigelow y Hollinger, 1996). En el caso de personas que han experimentado pérdidas múltiples de bebés tanto durante el embarazo como después de este, se encuentran varios factores que pueden variar las características del



duelo experimentado por los padres, entre ellas, el método de concepción, la edad del hijo/a o la causa de la pérdida (Pector y Smith-Levitin, 2002).

Entre los síntomas más comunes cuando se producen pérdidas con estas características, se encuentran síntomas intensos de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), distrés o depresión, incluso años después de las pérdidas (Mutabaruka *et al.*, 2011). Aunque también se encuentran otros síntomas como ansiedad, impotencia o culpa (Mingote *et al.*, 2001) y en víctimas del terrorismo con sintomatología de trastornos de conducta, irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas, pasividad, tendencia a la introversión, embotamiento afectivo y desconexión entre el relato del atentado y la vivencia emocional (García y Collado, 2007).

Las entrevistas que se han ido realizando con personas que han sufrido pérdidas múltiples indican que, en este tipo de pérdidas, el doliente sufre durante más tiempo y, además, con más probabilidad han interrumpido el duelo por no poder compaginarlo con continuar con su vida (Mercer y Evans, 2006).

En general, solemos realizar el duelo por una sola persona cada vez, incluso cuando se producen pérdidas múltiples. Según las personas entrevistadas en el estudio de Mercer y Evans (2006), se realiza el duelo de la persona más cercana, y si ambas pérdidas lo son, por el que sea más joven.

Las pérdidas múltiples afectan a la salud del individuo doliente, a su matrimonio, a la fe, a las finanzas, los trabajos, las emociones y las personalidades (Mercer y Evans, 2006). Para prevenir que se compliquen los duelos sin elaborar, y se vayan acumulando, sería importante la evaluación respecto a la necesidad de atención psicológica especializada, con el fin de que no se desarrollen duelos patológicos (Samper Lucena, 2011).

DUELO DESAUTORIZADO

El duelo desautorizado se da cuando la pérdida no es abiertamente conocida, no puede ser llorada públicamente o apoyada socialmente (Doka, 1989; en Baker *et al.*, 2019). Este tipo de duelo se identifica cuando el doliente no se da el permiso o siente presión por parte del entorno a «no estar en duelo», bien por el tipo de pérdida, bien por el tiempo que ha pasado desde entonces. Se produce un rechazo por parte del entorno del doliente a reconocer su dolor.

Existen situaciones concretas en las que se suele desautorizar el duelo, por ejemplo, cuando la relación entre el fallecido y el doliente era una relación extramarital, en el caso de un duelo perinatal (Lang *et al.* 2011), de la muerte de una mascota (Marton *et al.*, 2020), o incluso en familiares de personas en el corredor de la muerte (Jones y Beck, 2007). Sin embargo, también se pueden encontrar duelos desautorizados en otras circunstancias. Burns *et al.* (2018) hallaron que las personas sin hogar viven una respuesta de duelo caracterizada por el *shock*, la desesperanza o la ira y que, además, se encontraban con el estigma, y la dificultad para llorar sus pérdidas, pues su condición no se validaba o reconocía. Incluso los profesionales sanitarios o los cuidadores pueden sufrir sus propios duelos, ya que deben hacer frente a sus propias reacciones emocionales durante el acompañamiento emocional



de las personas al final de la vida (Crowe, 2017; Fernández-Alcántara, 2017; Tsui *et al.*, 2019), en pacientes que están viviendo un cáncer (Gabay, 2019) o que acaban de tener un trasplante (Gill y Lowes, 2014; Poole *et al.*, 2016). También se encuentran con la desautorización del duelo los familiares de personas muertas por homicidios (Piazza-Bonin *et al.*, 2015; Eagle, 2020), cuando ha fallecido una expareja (Tullis, 2017), con la muerte de un hijo con discapacidad (Todd, 2007) o incluso en situaciones como sufrir *burnout* en la empresa (Lathrop, 2017). Doka simplifica todos estos casos y expone que el duelo desautorizado ocurre en cuatro casos: (1) cuando la persona no es capaz de hacer el duelo, (2) cuando la relación con el fallecido no es reconocida o es estigmatizada, (3) cuando no hay rituales que ayuden a procesar el fallecimiento, (4) cuando la persona que sufre siente que no es digna para hacer el duelo (Doka, 1989; en Jones y Beck, 2007 y Helsel, 2008).

En el caso del duelo por muerte por la COVID-19, nos encontramos con que el fallecimiento de la persona querida se muestra como solamente una estadística, no dándole la importancia que se necesita (Wallace *et al.*, 2020). Además, dado que el gradiente de edad en la mortalidad por COVID-19 afecta principalmente a los ancianos o personas que padecen enfermedades crónicas (Kang *et al.*, 2020), la sociedad podría no reconocer la profundidad del dolor que sienten las familias en duelo (Goveas y Shear, 2020). Tampoco se autoriza esa pérdida, pues no se permite llevar a cabo ningún ritual para el fallecimiento (Zhai y Du, 2020; Albuquerque *et al.*, 2021). Además, pueden aparecer sentimientos de culpa, enfado, tristeza, pues se ha producido un contagio al que «nos hemos expuesto» y no se han seguido los mandatos o reglas que determinaban disminuir el contacto social (Wallace *et al.*, 2020).

La situación de la pandemia por la COVID-19 también nos ha dejado pérdidas no tangibles que podríamos concretar en tres áreas: la pérdida de la estabilidad económica, de la salud y de las relaciones sociales; siendo estas pérdidas la razón por la que el proceso de duelo se ve dificultado (Harris, 2019).

DUELO SOLITARIO

Se presenta cuando el doliente se encuentra en una situación con escaso apoyo social. Neimeyer (2002) señala que en algunas culturas los propios rituales religiosos promueven que los dolientes dispongan del apoyo social necesario, por ejemplo, los judíos tienen el shiva, que consiste en un periodo de siete días durante los cuales la familia, amigos y familiares están en casa ayudando a los dolientes a elaborar el duelo. Los católicos y protestantes también tienen sus propios rituales sociales compartidos. El grado de apoyo, tanto emocional como social, tanto por parte de familiares como por parte de otras personas, es significativo en el desarrollo del proceso de duelo. En cualquier tipo de situación que implique un aislamiento se produce un malestar generalizado, presentando estrés, irritabilidad, ansiedad, desánimo, frustración, enfado, aburrimiento, miedo, desesperanza (Gallegos *et al.*, 2020).

En la pandemia de la COVID-19 las medidas de distanciamiento social, aunque han sido sumamente importantes para reducir la propagación de enfermedades, han disminuido el apoyo social, cuya importancia es crítica para la gestión



de los síntomas psicológicos, y han producido aumento de la soledad en los dolientes (Armitage y Nellums 2020; Eisma *et al.*, 2021; Selma *et al.*, 2020; Neymeyer y Lee, 2021). De hecho, un factor de protección para dar significado a la experiencia de la COVID-19 y, por ende, para experimentar menos ansiedad durante la pandemia ha sido tener contacto social (Milman *et al.*, 2020). En otros estudios, se ha encontrado que el apoyo social es un factor protector ante el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o el duelo complicado (Prigerson, 2003).

Otro ejemplo de duelo solitario es el caso de fallecimiento de la pareja, en el que aparecen sentimientos muy intensos de soledad, y, aunque el apoyo social no influye en la soledad emocional, sí que ayuda con los síntomas depresivos (Houwen *et al.*, 2010). Fried *et al.* (2015) exponen que la mayoría de las mujeres viudas identifican la soledad como el mayor desafío en su día a día, siendo la soledad el factor de riesgo que más compromete la salud física y mental en adultos mayores.

DUELO ABIERTO

Se presenta cuando, a falta de ser integrada la pérdida, no se puede empezar la elaboración del duelo, sintiéndose como no real. Tras la pérdida de un ser querido se produce un estado de *shock* más o menos intenso, se altera el afecto, y hay una especie de anestesia emocional, y una paralización del intelecto. Las primeras reacciones del doliente son rechazo e incredulidad, en las que se produce una negación de la pérdida.

Existen situaciones concretas en las que los dolientes presentan este tipo de duelo, por ejemplo, en desapariciones como la de los estudiantes de Teloloapan (Johnson, 2018), las producidas en Colombia (Zorio, 2013) o aquellas en las que se producen raptos de familiares (Hoyos *et al.*, 2017). En este tipo de situaciones, coinciden varios factores que pueden provocar un duelo más doloroso, como, por ejemplo, que a raíz de la desaparición la familia haya tenido que pasar por múltiples ajustes (cambio de domicilio, de escuela, de trabajo...) (Hoyos *et al.*, 2017) y, además, la imposibilidad de procesar el fallecimiento y, por tanto, de realizar el duelo, por el mantenimiento de la esperanza por el regreso del ser querido con vida y la importancia de contar con el cuerpo para realizar el rito fúnebre (Johnson, 2018; Sáenz y Valencia, 2021).

La vergüenza puede dificultar poner en marcha estrategias de afrontamiento, y, como resultado, la persona responde escondiéndose o con hostilidad hacia el entorno. Estas dos tendencias pueden interferir en la recuperación de la pérdida, pues esconderse puede llevar a un comportamiento evitativo de las relaciones sociales, mientras que la hostilidad puede resultar en problemas en las relaciones interpersonales (LeBlanc *et al.*, 2019).

En el duelo por la COVID-19, dada la brevedad del lapso temporal entre el ingreso, o el conocimiento del contagio y la defunción, en muchos casos, no ha podido comenzar a elaborar la pérdida de forma anticipada (Sánchez, 2020).



DUELO SUSPENDIDO

Se identifica cuando el malestar es causado por asuntos pendientes con el fallecido. Un componente importante de los tratamientos eficaces para el duelo complicado es reducir la evitación de los recuerdos sobre la pérdida, aunque también se encuentra que la reducción de la culpa o la vergüenza, de los pensamientos negativos sobre el futuro son importantes mediadores de la eficacia del trabajo en grupo en duelo complicado (Glickman *et al.*, 2017). Además, los pensamientos desadaptativos tendrían un peso importante en la resolución del duelo (Skritskaya *et al.*, 2020).

Nevado y González (2017) señalan que para despedirse del ser querido es necesario aclarar sentimientos, emociones, dudas y rehacer la vida sin él, pudiendo vivir con los recuerdos, tanto los positivos como los negativos. Para esto es fundamental el manejo simbólico; sin embargo, no siempre es posible. Según Field y Horowitz (1998), uno de los factores que dificultan el duelo es la falta de conclusión de situaciones con el fallecido.

DUELO COLECTIVO

Se identifica cuando más de un miembro de la red de apoyo está atravesando la pérdida con las mismas herramientas, demostrándose ineficaces o escasas para sostener todo el sistema. Es el caso, por ejemplo, de muertes en atentados, desastres naturales o epidemias, en los cuales la experiencia y sufrimiento del «yo» es sustituida por la del «nosotros» y con frecuencia el rito de despedida propio se solapa con homenajes colectivos (Sánchez, 2020). Otro de los ejemplos son los supervivientes de genocidios como el sucedido en Ruanda en el año 1994, los de la guerra de Vietnam (Schaal *et al.*, 2009), víctimas del Holocausto nazi (Gerson, 2009; Skillington, 2013) o incluso la situación de pandemia con la COVID-19 (Wallace *et al.*, 2020).

Especialmente en situaciones colectivas en las que ha habido una muerte violenta, como en el caso de las guerras, se presentan síntomas de intenso distrés, pérdida de la confianza, de seguridad y de control. Además, se cree que, si tras una muerte traumática hay que lidiar con el estrés postraumático, esto puede interferir con el proceso de duelo (Schaal *et al.*, 2009).

En cuanto a la situación de la COVID-19, contamos con que los familiares no se pueden preparar ante la muerte de un ser querido, ni pueden decir ‘adiós’ o sentir el apoyo social que hubieran podido tener sin la situación de pandemia (Wallace *et al.*, 2020). Además, algo a destacar es que la acumulación excesiva y colectiva de muertes podría negar el reconocimiento del duelo de cada individuo (Kokou-Kpolou *et al.*, 2020).



Tiene lugar cuando la pérdida se presenta como un evento que no se ha podido cerrar con un ritual o con una despedida. En los funerales se dan conductas de valoración, entrega y reconocimiento, lo que facilita que los dolientes elaboren estrategias para afrontar el duelo. Así mismo, se fomenta la elaboración individual, la unión familiar, el recuerdo y la despedida, lo cual facilita la readaptación del sistema a una vida sin el fallecido. El final del duelo a nivel familiar se consigue cuando el sistema incorpora a su nueva realidad a la persona fallecida, pasando a formar parte de la identidad de cada miembro, por tanto, un duelo sin este tipo de rituales dificultará que el sistema vuelva a recuperar la homeostasis (Rivas *et al.*, 2010).

En los países más afectados por la pandemia de la COVID-19, las ceremonias fúnebres estuvieron prohibidas o tuvieron que ser aplazadas (Lazzerini y Putoto, 2020). Además, en caso de que se pudieran llevar a cabo, quedaron restringidas a un máximo de diez personas y muchas familias y parientes cercanos no tuvieron la posibilidad de expresar su dolor y despedirse (Zhai y Du, 2020). En el trabajo de Moriconi *et al.* (2021), se expone que los duelos predominantes durante el periodo de la pandemia fueron el duelo traumático y el duelo sin rituales. Específicamente este último se relaciona con mayores porcentajes de duelos complicados (Lacasta *et al.*, 2020)

Otros ejemplos de procesos de duelos sin rituales son los genocidios, como el de Ruanda, en el que no se puede enterrar a los fallecidos o no se encuentran los cuerpos (Schaal *et al.*, 2009) o las desapariciones que siguen sin resolverse (Johnson, 2018).

DUELO QUE ACTIVA OTRAS PÉRDIDAS

Se identifica cuando la pérdida actual vuelve a activar emociones y sensaciones de pérdidas anteriores que no han podido ser elaboradas en profundidad. Es evidente que algunas pérdidas se viven como más significativas que otras y todas conllevan dolor y sufrimiento, siendo necesario un tiempo de recuperación y readaptación, o como señala Neimeyer (2002) una reconstrucción de los propios significados que han sido cuestionados por la pérdida. Para ello, cada persona debe encontrar sus propios recursos personales, ya que no existe un patrón definido (Chaurand *et al.*, 2010).

Los dolientes suman un nuevo duelo que ha quedado incompleto o no ha sido mentalizado. Algunos autores también lo relacionan con el duelo redoblado, en el que el doliente se hace cargo del propio duelo y también del de alguien próximo, como sus familiares cercanos que también han experimentado la misma pérdida (Khan y Watson, 2005). Cada pérdida despierta el dolor de otras pérdidas precedentes, pero también puede despertar las herramientas que hemos ido construyendo para afrontarlas (Moriconi y Valero, 2020).



OTRAS MEDIDAS

TIPOS DE FAMILIARES QUE BUSCARON AYUDA PROFESIONAL

Tras la revisión de los artículos seleccionados, encontramos que en la mayoría de los casos, son los familiares cercanos de los dolientes los que buscan ayuda profesional. En cuanto al género, pocos son los estudios que incluyen un análisis del género de los dolientes.

En casos de fallecimiento prenatal múltiple, la familia busca ayuda profesional para guiarse en el proceso (Pector y Smith-Levitin, 2002). Los supervivientes de contagios por VIH muestran mucha culpa, ansiedad y desesperanza que puede dificultar su proceso de duelo. Por ello, se va dando cada vez más importancia a que estas personas busquen apoyo psicológico para procesar el fallecimiento de personas allegadas con la misma enfermedad (Bigelow y Hollinger, 1996). Algo parecido ocurre con los supervivientes del genocidio de Ruanda que perdieron algún familiar durante lo sucedido, quienes presentan síntomas de estrés postraumático y depresión 12 años más tarde (Mutabaruka *et al.*, 2011).

En cuanto al género, en el estudio de Moriconi, Juárez y Cantero (2021) encontraron que los perfiles más habituales que solicitaban ayuda eran hijas y mujeres de fallecidos, seguidas de hijos, hermanas y maridos de los dolientes, es decir, un porcentaje más alto de mujeres que solicitaban ayuda respecto a los hombres. En este mismo trabajo, también se ha encontrado una relación entre el duelo abierto y el sexo del doliente, específicamente, las mujeres muestran una mayor dificultad para elaborar la muerte y mayor percepción de asuntos pendientes con la persona fallecida.

En el estudio de Jácome (2015), se observa que, ante una muerte perinatal, las mujeres se muestran más sensibles que los hombres al hablar sobre lo ocurrido, expresando con más facilidad las emociones que sienten, entre ellas la culpa. También se encuentran estos resultados en la investigación de Sotomayor (2018), en el que estudiaba el duelo anticipatorio de pacientes oncológicos en una muestra peruana.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL DUELO

Específicamente por la situación de la pandemia por COVID-19, se ha creado The Pandemic Grief Scale (PGS), un cuestionario de 5 ítems que tiene como objetivo poder identificar posibles casos de duelo disfuncional durante la pandemia, el cual ha mostrado su utilidad en estos casos (Lee *et al.*, 2021). Otro de los cuestionarios utilizados fue el Work and Social Adjustment Scale (WSAS) en el estudio de duelo por COVID-19 de Neymeyer y Lee (2021), mientras que en Milman *et al.* (2020) utilizaron el llamado The Integration of Stressful Life Experiences Scale-Short Form, que pretendía evaluar el significado que le habían dado los participantes a la experiencia de la pandemia de la COVID-19. En concreto para medir ansiedad relativa a la situación de pandemia, se ha creado The Coronavirus Anxiety Scale (CAS) (Milman *et al.*, 2020).



En la investigación de Tang y Chow (2017), utilizaron el Inventory of Complicated Grief (ICG), que también fue empleado en Brown *et al.* (2014), pero adaptado a población infantojuvenil.

Otros instrumentos relacionados con el estado de ánimo como el Geriatric Depression Scale (GDS) o el Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale (HADS) fueron utilizados en Tang y Chow (2017). También en Milman *et al.* (2020) se valieron de The Personal Health Questionnaire-4 (PHQ-4) para evaluar depresión y ansiedad generalizada para evaluar la experiencia de COVID en una muestra. En la investigación de Fried *et al.* (2015) emplearon The 11-item version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) para medir la frecuencia con la que los pacientes experimentaban determinados síntomas depresivos. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) es otro instrumento para medir Depresión Mayor (Schaal *et al.*, 2009).

En cuanto al trauma sufrido, Mutabaruka *et al.* (2012) emplearon The Comprehensive Trauma Inventory (CTI), que incluye diversos tipos de trauma, como, por ejemplo, sufrir violencia sexual o ser testigo de un asesinato o The Peritraumatic Distress Inventory, que evalúa el grado de distrés experimentado durante el trauma.

También encontramos instrumentos de evaluación de duelos muy concretos, como puede ser el duelo perinatal en el estudio de Krosch y Shakespeare-Finch (2016), en el que se utilizó The Perinatal Grief Scale (PGS) y The Impact of Events Scale-Revised (IES-R).

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En general observamos que la mayoría de las intervenciones empleadas en los estudios utilizan la terapia grupal para tratar la sintomatología del duelo, aunque también encontramos otras terapias como el Counselling o la llamada 'Integración positiva'. Las demás intervenciones se describen con mucha generalidad, sin especificar la base teórica que las sustenta o la duración de las mismas.

Específicamente en el duelo traumático, encontramos que algunas de las intervenciones utilizadas han sido SUDEP Action para personas que habían perdido a un ser querido con epilepsia, consistente en ofrecer un apoyo para el duelo llevado a cabo por un especialista (Cowdry y Stirling, 2020). En el estudio de Dyregrov *et al.* (2015), encontraron que el tratamiento de elección para niños en situación de duelo múltiple y traumático era el tratamiento grupal, pues este permitía el desarrollo del sentimiento de pertenencia y acompañamiento al haber padecido todos la misma situación, aunque también recomiendan que se añadan, si hay recursos, sesiones individuales en las que el niño pueda procesar las características específicas de su propio duelo. Lo mismo ocurre con la investigación de Krosch y Shakespeare-Finch (2016), quienes evalúan el duelo perinatal y cuya muestra procede de un grupo de apoyo. Por otro lado, Dooley *et al.* (2019) evalúan The Tragedy Assistance Program for Survivors (TAPS), cuyas fases son la estabilización del doliente, el desarrollo de esperanza y de nuevos roles y, por último, lo que llaman 'Integración positiva', que consiste en la integración positiva de la pérdida en la vida de la persona



y en dar significado al fallecimiento; cuyos resultados han mostrado efectividad en facilitar la recuperación. Por último, Velazquez (2020) recomienda tomar aspectos del tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático, junto con estrategias cognitivo-conductuales y técnicas narrativas.

En concreto para el duelo desautorizado, durante la pandemia de la COVID-19 se utilizó la Advance Care Planning (ACP), que incluye respetar las decisiones del fallecido; las respectivas a la comunicación, que aborda la guía de la familia y grupos de apoyo; teleguía, que incluiría algunos recursos como tips para comunicarse, manejo de síntomas...; y autocuidado, que se refiere a aquellas técnicas para disminuir estrés y para entender e identificar estrés postraumático (Wallace *et al.*, 2020). Zhai y Du (2020) dan mucha importancia a reconocer la unicidad de cada individuo en su proceso de duelo para adaptarse a la pérdida y la mejora en el bienestar. En Marton *et al.* (2019), quienes investigan el duelo desautorizado de trabajadores que cuidan de animales, exploran la utilidad de utilizar grupos de apoyo para este tipo de pérdidas. En Tsui *et al.* (2018), la búsqueda de conexión emocional y de lazos con el paciente fallecido suponen un apoyo para superar el duelo. Crowe (2017) señala la importancia de una guía para curarse del conflicto, la culpa, la tristeza y el aislamiento en las unidades pediátricas. En otro estudio, esta vez de Gabay (2019), técnicas en solución de problemas para preservar el trabajo y la rutina y técnicas para regularse emocionalmente resultaron de mucha ayuda para realizar un proceso de duelo por cáncer.

En duelo solitario, algunos autores hablan de la importancia de realizar grupos de apoyo para el duelo, como en Grinyer (2012) con padres que habían perdido a un hijo por cáncer, por el que se podía ayudar a disminuir la soledad experimentada, gracias al reconocimiento y validación de la experiencia como «normal» por otras personas que han sufrido lo mismo. Algo parecido ocurre en duelo múltiple, como en la investigación de Bigelow y Hollinger (2017), quienes estudian el duelo producido por enfermedades como el VIH y también en Glickman *et al.* (2017) con duelo «complicado». En otros estudios como el de Pector y Smith-Levitin (2002), emplean el Counselling con padres que han padecido una pérdida múltiple perinatal.

CONCLUSIONES

Como se puede comprobar a través de los objetivos planteados, tanto los familiares que buscaron ayuda como los instrumentos de evaluación del duelo y la modalidad de intervención empleada son diferentes en función de las características del duelo que estén presentando las personas evaluadas. Por tanto, podemos decir que a través de la revisión de diferentes investigaciones, se ha podido comprobar que existen diversos tipos de duelo con características, sintomatología y población afectada bien diferenciada.

Las limitaciones que encontramos en esta investigación son que en la mayor parte de los estudios analizados los tratamientos psicológicos planteados para tratar el duelo de los dolientes son generales, poco específicos, dispersos y no se encuentra la base teórica que los sustenta. Además, la diferencia en cuanto a la metodología



utilizada y la descripción del duelo experimentado por los dolientes en los artículos ha impedido la realización de una revisión sistemática.

Los profesionales de la salud mental que tienen contacto con personas que han tenido o tienen pérdidas deben entender la complejidad del fenómeno del proceso de duelo y de las características de los tipos de duelo que podemos encontrar, para así poder orientar sus intervenciones de la forma que mejor se adapte al caso en concreto. De cara a futuras investigaciones, consideramos que sería importante estructurar una intervención específica que haga hincapié en los factores comunes de los dolientes, pero también en las características más específicas y concretas del duelo que están experimentando (el tipo de muerte, si se han realizado rituales, si se han producido varias pérdidas consecutivas, etc.).

RECIBIDO: 10/10/2022; ACEPTADO: 10/11/2022



REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, S., TEIXEIRA, A.M. y ROCHA, J.C. (2021). «COVID-19 and Disenfranchised Grief». *Frontiers in psychiatry*, 12: 638874. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638874>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- ARMITAGE, R. y NELLUMS, B. (2020). «COVID-19 and the consequences of isolating the elderly». *The Lancet Public Health*, 5(5), E256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
- BAMBA, B.M., GÓMEZ, R.A. y BELTRÁN, M.O. (2017). «El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional». *Revista REDES*, (36), 11-24. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/196>.
- BARRETO, P. y SOLER, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Síntesis.
- BIGELOW, G. y HOLLINGER, J. (1996) «Grief and AIDS: Surviving Catastrophic Multiple Loss». *The Hospice Journal*, 11:4, 83-96. <https://doi.org/10.1080/0742-969X.1996.11882837>.
- BREEN, L.J., LEE, S.A. y NEIMEYER, R.A. (2021). «Psychological risk factors of functional impairment following COVID-19 deaths». *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4): e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2021.01.006>.
- BREEN, L.J., MANCINI, V.O., LEE, S.A. y NEIMEYER, R.A. (2021). «Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning». *Death Studies*, 46, 43-52. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666>.
- BROWN, E.J. y GOODMAN, R.F. (2005). «Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 248-259. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3402_4.
- BURNS, V.F., SUSSMAN, T. y BOURGEOIS-GUÉRIN, V. (2018). «Later-Life Homelessness as Disenfranchised Grief». *Canadian journal on aging / La revue canadienne du vieillissement*, 37(2), 171-184. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000090>.
- CHAURAND, A., FEIXAS I VIAPLANA, G. y NEIMEYER, R. A. (2010). «El inventario de Historia de Pérdidas (IHP): presentación y utilidad clínica». *Revista de Psicoterapia*, 84, 95-101. <http://hdl.handle.net/2445/65387>.
- COWDRY, T. y STIRLING, J. (2019). «Learnings from supporting traumatic grief in the aftermath of sudden epilepsy deaths». *Epilepsy & behavior: E&B*, 103, 106416. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.07.017>.
- CROWE S. (2017). «Disenfranchised Grief in the PICU: Crying for Attention». *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 18(8), e367-e369. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001224>.
- CUADRADO I SALIDO, D. (2010). «Las cinco etapas del cambio». *Capital humano*, 241, 54-58. https://factorhumano.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf.
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA (20 de diciembre de 2021). *Muerte*. Real Academia Española. <https://dle.rae.es>.
- DICKENS, N. (2014). «Prevalence of complicated grief and posttraumatic stress disorder in children and adolescents following sibling death». *The Family Journal*, 22(1), 119-126. <https://doi.org/10.1177/1066480713505066>.



- DYREGROV, A., SALLOUM, A., KRISTENSEN, P. y DYREGROV, K. (2015). «Grief and Traumatic Grief in Children in the Context of Mass Trauma». *Current psychiatry reports*, 17(6), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0577-x>.
- EAGLE, M.W. (2020). *Homicidal loss and disenfranchised grief, mothers of murdered descendants: an exploratory qualitative study*. Pepperdine University.
- ECHEBURUA E., CORRAL P. y AMOR P.J. (2012). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Academia. <https://issuu.com/sovpal/docs/16-la-resistencia-humana>.
- EISMA, M.C. y TAMMINGA, A. (2020). «Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons». *Journal of pain and symptom management*, 60(6), e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>.
- EISMA, M.C., TAMMINGA, A., SMID, G.E. y BOELEN, P.A. (2021). «Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: an empirical comparison». *Journal of affective disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>.
- ELOISA, A.H., RAMÍREZ, D.O., RAMÍREZ, D.J.R., LEÓN, L.S., BEZANILLA, J.M. y CAMPOS, J.E. (2011). «El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México». *Revista de psicología GEPU*, 2(1), 64-78. <https://fddocuments.es/document/el-adulto-mayor-ante-la-muerte-analisis-del-discurso-en-el-estado-de-mexico.html>.
- FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M. y ZECH, E. (2017). «One or multiple complicated grief (s)? The role of kinship on grief reactions». *Clinical Psychological Science*, 5(5), 851-857. <https://doi.org/10.1177/2167702617707291>.
- FIELD, N.P. y HOROWITZ, M.J. (1998). «Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief». *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 61(4), 279-287. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024840>.
- FRIED, E.I., BOCKTING, C., ARJADI, R., BORSBOOM, D., AMSHOFF, M., CRAMER, A., EPSKAMP, S., TUERLINCKX, F., CARR, D. y STROEBE, M. (2015). «From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms». *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 256-265. <https://doi.org/10.1037/abn0000028>.
- GABAY G. (2021). «A Nonheroic Cancer Narrative: Body Deterioration, Grief, Disenfranchised Grief, and Growth». *Omega*, 83(2), 287-309. <https://doi.org/10.1177/0030222819852836>.
- GALLEGOS, M., ZALAQUETT, C., LUNA SANCHEZ, S.E., MAZO-ZEA, R., ORTIZ-TORRES, B., PENAGOS-CORZO, J. y LOPES MIRANDA, R. (2020). «Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental». *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54 (1), 1-29. <http://hdl.handle.net/2133/18298>.
- GARCÍA, J.J.M. y COLLADO, E.N. (2007). «El daño psicológico en las víctimas del terrorismo». *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 147-160. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2553076>.
- GARCÍA-VINIEGRAS, C.R.V., GRAU ABALO, J.A. y 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. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012.
- GERSON, S. (2009). «When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust». *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(6), 1341-1357. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00214.x>.





- GESI, C., CARMASSI, C., CERVERI, G., CARPITA, B., CREMONE, I.M. y DELL'OSSO, L. (2020). «Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic». *Frontiers in psychiatry*, 11, 489-495. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>.
- GILL, P. y LOWES, L. (2014). «Renal transplant failure and disenfranchised grief: participants' experiences in the first-year post-graft failure a qualitative longitudinal study». *International journal of nursing studies*, 51(9), 1271-1280. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.012>.
- GLICKMAN, K., SHEAR, M.K. y WALL, M.M. (2017). «Mediators of outcome in complicated grief treatment». *Journal of clinical psychology*, 73(7), 817-828. <https://doi.org/10.1002/jclp.22384>.
- GOVEAS, J.S. y SHEAR, M.K. (2020). «Grief and the COVID-19 pandemic in older adults». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>.
- HARRIS, D.L. (ed.) (2019). *Non-death loss and grief: Context and clinical implications*. Routledge.
- HELSEL P.B. (2008). «In memoriam: the disenfranchised grief of chaplains and the recovery of memory». *The journal of pastoral care & counseling: JPCC*, 62(4), 337-342. <https://doi.org/10.1177/154230500806200403>.
- HOUWEN, K.V.D., STROEBE, M., STROEBE, W., SCHUT, H., BOUT, J.V.D. y MEIJ, L.W.D. (2010). «Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach». *Death studies*, 34(3), 195-220. <https://doi.org/10.1080/07481180903559196>.
- HOYOS, L.M.O., MENDOZA, M.P.R. y GRYNBERG, B.B. (2017). «Las particularidades del duelo en los niños, ante la desaparición de un ser querido». *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 33(1), 1-156. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Revista-APCH-33-2017-1-10.pdf>.
- JACOBS, S., MAZURE, C. y PRIGERSON, H. (2000). *Diagnostic criteria for traumatic grief*, *Death Studies*, 24:3, 185-199. <https://doi.org/10.1080/074811800200531>.
- JOHNSON, A.W. (2018). «La labor afectiva del duelo: ofrendas, pérdidas y desapariciones en Guerrero». *Investigación teatral: Revista de artes escénicas y performatividad*, 91(13), 103-123. <https://doi.org/10.25009/it.v9i13.2557>.
- JONES, S.J. y BECK, E. (2007). «Disenfranchised grief and nonfinite loss as experienced by the families of death row inmates». *Omega*, 54(4), 281-299. <https://doi.org/10.2190/a327-66k6-p362-6988>.
- KANG, C., YANG, S., YUAN, J., XU, L., ZHAO, X. y YANG, J. (2020). «Patients with chronic illness urgently need integrated physical and psychological care during the COVID-19 outbreak». *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102081. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102081>.
- KHAN, S. y WATSON, J.C. (2005). «The Canadian immigration experiences of Pakistani women: Dreams confront reality». *Counselling Psychology Quarterly*, 18(4), 307-317. <https://doi.org/10.1080/09515070500386026>.
- KOKOU-KPOLOU, C.K., FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M. y CÉNAT, J.M. (2020). «Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs?». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S94. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>.
- KROSCH, D.J. y SHAKESPEARE-FINCH, J. (2016). «Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss». *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 9(4), 425-433. <https://doi.org/10.1037/tra0000183>.
- LACASTA, M.A., TORRIJOS, M., LÓPEZ, Y., CARRACEDO, D., PÉREZ, T., CASADO, C., ROCAMORA, C., BLANCO, L., IGLESIAS, N., VIDAL, E., TRIGO, D. y MARTÍ, J. (2020). «Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19: Un duelo diferente». *Medicina paliativa*, 27(3), 201-208. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020>.

- LANG, A., FLEISZER, A.R., DUHAMEL, F., SWORD, W., GILBERT, K.R. y CORSINI-MUNT, S. (2011). «Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief». *Omega*, 63(2), 183-196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>.
- LATHROP D. (2017). «Disenfranchised Grief and Physician Burnout». *Annals of family medicine*, 15(4), 375-378. <https://doi.org/10.1370/afm.2074>.
- LAZZERINI, M. y PUTOTO, G. (2020). «COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties». *The Lancet Global Health*, 8(5), e641-e642. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30110-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30110-8).
- LEBLANC, N.J., TONER, E.R., O'DAY, E.B., MOORE, C.W., MARQUES, L., ROBINAUGH, D.J. y McNALLY, R.J. (2020). «Shame, guilt, and pride after loss: Exploring the relationship between moral emotions and psychopathology in bereaved adults». *Journal of affective disorders*, 263, 405-412. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.164>.
- LEE, S.A., NEIMEYER, R.A. y BREEN, L.J. (2021). «The utility of the Pandemic Grief Scale in identifying functional impairment from COVID-19 bereavement». *Journal of Palliative Medicine*, 24(12). <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0103>.
- LENFERINK, L., VAN DENDEREN, M.Y., de KEIJSER, J., WESSEL, I. y BOELEN, P.A. (2017). «Prolonged grief and post-traumatic stress among relatives of missing persons and homicidally bereaved individuals: A comparative study». *Journal of affective disorders*, 209, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.012>.
- LUNDORFF, M., HOLMGREN, H., ZACHARIAE, R., FARVER-VESTERGAARD, I. y O'CONNOR, M. (2017). «Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis». *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>.
- MACIEJEWSKI, P.K., MAERCKER, A., BOELEN, P.A. y PRIGERSON, H.G. (2016). «“Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study». *World Psychiatry*, 15, 266-275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>.
- MARTON, B., KILBANE, T. y NELSON-BECKER, H. (2020). «Exploring the loss and disenfranchised grief of animal care workers». *Death studies*, 44(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1519610>.
- MASIERO, M., MAZZOCCO, K., HARNOIS, C., CROPLEY, M. y PRAVETTONI, G. (2020). «From individual to social trauma: Sources of everyday trauma in Italy, the US and UK during the COVID-19 pandemic». *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 513-519. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1787296>.
- MENZIES, R.E. y MENZIES, R.G. (2020). «Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications». *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, E19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>.
- MERCER, D.L. y EVANS, J.M. (2006). «The impact of multiple losses on the grieving process: An exploratory study». *Journal of Loss and Trauma*, 11(3), 219-227. <https://doi.org/10.1080/15325020500494178>.
- MILMAN, E., LEE, S.A. y NEIMEYER, R.A. (2020). «Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning». *Death Studies*, 46, 1-13. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1775362>.



- MINGOTE, J.C., MACHÓN, B., ISLA, I., PERRIS, A. y NIETO, I. (2001). «Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático». *Aperturas psicoanalíticas*, 8. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000161>.
- MORICONI, V., JUÁREZ, A. y CANTERO, M. (2021). «Duelo por COVID-19, estudio para una intervención específica», en Molero, M.M., Barragán, A.B., Martos, A. y Simón, M.M. (ed.), *Intervención en contextos clínicos y de la salud: un enfoque práctico desde la investigación* (pp. 267-277). Dykinson, S.L.
- MUTABARUKA, J., SÉJOURNÉ, N., BUI, E., BIRMES, P. y CHABROL, H. (2011). «Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda». *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(4), 289-296. <https://doi.org/10.1002/smi.1429>.
- NAKAJIMA, S., ITO, M., SHIRAI, A. y KONISHI, T. (2012). «Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief». *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210-214. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/snakajima>.
- NEIMEYER, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- NEIMEYER, R.A. y LEE, S.A. (2021). «Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief». *Death studies*, 46, 34-42. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1896459>.
- NEVADO, M. y GONZÁLEZ J. (2020). *El duelo: Crecer en la pérdida*. RBA libros S.A.
- PARKES, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. International Universities Press.
- PARRO-JIMÉNEZ, E., MORÁN, N., GESTEIRA, C., SANZ, J. y GARCÍA-VERA, M.P. (2021). «Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España». *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>.
- PECTOR, E.A. y SMITH-LEVITIN, M. (2002). «Mourning and psychological issues in multiple birth loss». *Seminars in neonatology: SN*, 7(3), 247-256. <https://doi.org/10.1053/siny.2002.0112>.
- PIAZZA-BONIN, E., NEIMEYER, R.A., BURKE, L.A., MCDEVITT-MURPHY, M.E. y YOUNG, A. (2015). «Disenfranchised grief following African American Homicide loss: an inductive case study». *Omega*, 70(4), 404-427. <https://doi.org/10.1177/0030222815573727>.
- POOLE, J., WARD, J., DELUCA, E., SHILDRICK, M., ABBEY, S., MAUTHNER, O. y ROSS, H. (2016). «Grief and loss for patients before and after heart transplant». *Heart & lung: the journal of critical care*, 45(3), 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.01.006>.
- PRIGERSON, H.G., BRIDGE, J., MACIEJEWSKI, P.K., BEERY, L.C., ROSENHECK, R.A., JACOBS, S.C., BIERHALS, A.J., KUPFER, D.J. y BRENT, D.A. (1999). «Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults». *The American journal of psychiatry*, 156(12), 1994-1995. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1994>.
- PRIGERSON, H.G. (2003). «Costs to society of family caregiving for patients with end-stage Alzheimer's disease». *New England Journal of Medicine*, 349(20), 1891-1892. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038157>.
- PRIGERSON, H., VANDERWERKER L.C. y MACIEJEWSKI P.K. (2008). «A case for inclusion for Grief Prolonged in DSM-V», en Stroebe M, Hansson R, Schut H, Wolfgang H (ed.). *Handbook of bereavement research and practice: 21st Century Perspectives*. American Psychological Association; pp. 165-186.

- PRIGERSON, H.G., HOROWITZ, M.J., JACOBS, S.C., PARKES, C.M., ASLAN, M., GOOD-KIN, K., RAPHAEL, B., MARWIT, S.J., WORTMAN, C., NEIMEYER, R.A., BONANNO, G., BLOCK, S.D., KISSANE, D., BOELEN, P., MAERCKER, A., LITZ, B.T., JOHNSON, J.G., FIRST, M.B. y MACIEJEWSKI, P.K. (2009). «Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11». *PLoS medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
- ROMERO, V. (2013). «Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas». *Psicooncología*, 10(2-3), 377-392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456.
- RIVAS, R. (2010). «Duelo y rituales terapéuticos desde la óptica sistémica». *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18613>.
- SAMPER LUCENA, E. (2011). «Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) en población militar española joven adulta». *Sanidad militar*, 67(3), 291-298. <https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712011000400006>.
- SÁENZ, L.C.R. y VALENCIA, J.S.G. (2021). «Elaboración del duelo en familiares de las víctimas de desaparición forzada en el departamento del Caquetá». *Inclusión y Desarrollo*, 8(1), 117-130. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.8.1.2021.117-130>.
- SÁNCHEZ, T.S. (2020). «Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19». *Studia Zamorensia*, (19), 43-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>.
- SELMAN, L.E., CHAO, D., SOWDEN, R., MARSHALL, S., CHAMBERLAIN, C. y KOFFMAN, J. (2020). «Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians». *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e81-e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>.
- SCHAAL, S., ELBERT, T. y NEUNER, F. (2009). «Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide». *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 59(3), 203-219. <https://doi.org/10.2190/OM.59.3.b>.
- SHEAR, M.K., SIMON, N., WALL, M., ZISOOK, S., NEIMEYER, R., DUAN, N., REYNOLDS, C., LEBOWITZ, B., SUNG, S., GHESQUIERE, A., GORSACK, B., CLAYTON, P., ITO, M., NAKAJIMA, S., KONISHI, T., MELHEM, N., MEERT, K., SCHIFF, M., O'CONNOR, M.F., FIRST, M., SAREEN, J., BOLTON, J., SKRITSKAYA, N., MANCINI, A. y KESHAVIAH, A. (2011). «Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5». *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>.
- SKILLINGTON, T. (2013). «UN genocide commemoration, transnational scenes of mourning and the global project of learning from atrocity». *The British journal of sociology*, 64(3), 501-525. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12029>.
- SKRITSKAYA, N.A., MAURO, C., GARCIA DE LA GARZA, A., MEICHSNER, F., LEBOWITZ, B., REYNOLDS, C.F., SIMON, N.M., ZISOOK, S. y SHEAR, M.K. (2020). «Changes in typical beliefs in response to complicated grief treatment». *Depression and Anxiety*, 37(1), 81-89. <https://doi.org/10.1002/da.22981>.
- SCHREIBER, S. (1995). «Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing: Loss and grief of a refugee woman from Begameder County in Ethiopia». *British Journal of Medical Psychology*, 68(2), 135-142. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1995.tb01820.x>.



- TANG, S. y CHOW, A.Y. (2016). «Subjective and objective traumatic death: distinct roles in developing complicated grief and depression among older adults in Hong Kong». *International psychogeriatrics*, 29(3), 409-417. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001873>.
- TODD S. (2007). «Silenced grief: living with the death of a child with intellectual disabilities». *Journal of intellectual disability research*, 51(8), 637-648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00949.x>.
- TREML, J., KAISER, J., PLEXNIES, A. y KERSTING, A. (2020). «Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments». *Journal of Affective Disorders*, 274, 420-434. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.049>.
- TSUI, E.K., FRANZOSA, E., CRIBBS, K.A. y BARON, S. (2019). «Home care workers' experiences of client death and disenfranchised grief». *Qualitative health research*, 29(3), 382-392. <https://doi.org/10.1177/1049732318800461>.
- TULLIS J.A. (2017). «Death of an Ex-Spouse: Lessons in Family Communication about Disenfranchised Grief». *Behavioral sciences*, 7(2), 16. <https://doi.org/10.3390/bs7020016>.
- VELÁZQUEZ, C. (2020). «Recomendaciones de intervención psicológica con pacientes, familiares y profesionales en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19». *Organización Iberoamericana de Seguridad Social: OISS COMUNICACIÓN*, 22(05), 1-5. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-de-intervención-psicológica-con-pacientes.pdf>.
- VERDERY, A.M., SMITH-GREENAWAY, E., MARGOLIS, R. y DAW, J. (2020). «Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States». *Proceedings of the National Academy of Sciences of them United States of America*, 117(30), 17695-17701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>.
- WALLACE, C.L., WŁADKOWSKI, S.P., GIBSON, A. y WHITE, P. (2020). «Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers». *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>.
- WORDEN, J.W., APARICIO, Á. y BARBERÁN, G.S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- YOUNG, I., IGLEWICZ, A., GLORIOSO, D., LANOUILLE, N., SEAY, K., ILAPAKURTI, M. y ZISOOK, S. (2012). «Suicide bereavement and complicated grief». *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>.
- ZHAI, Y. y DU, X. (2020). «Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience». *Brain, behavior, and immunity*, 87, 80-81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>.
- ZORIO LABRADOR, S.M. (2013). «El dolor por un muerto-vivo una lectura freudiana del duelo en la desaparición forzada». *Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura*. Trabajo fin de grado. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/48564>.

