

EVIDENTIA

REVISTA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

CIBERINDEX

CANTARIDA

Evidentia, 2020; v17: e12754
<http://ciberindex.com/p/ev/e12754>
ISSN 1697-638X
© Fundación Index, 2020

Indexación: CUIDEN, HEMEROTECA CANTARIDA, CUIDEN CITACION

ORIGINAL

Recibido: 17.06.2020
Aceptado: 04.09.2020

Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado

Lorena Alonso-Llácer,¹ Laura Lacomba-Trejo,² Marián Pérez-Marín²

¹Unidad Asociación Española Contra el Cáncer (España). ²Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia (Valencia, España)

Correspondencia: Marian.perez@uv.es (Marián Pérez-Marín)

Resumen

Objetivo principal: valorar la presencia de duelo complicado (DC), la sintomatología ansiosa y depresiva, en dolientes de primer grado. Metodología: fueron evaluados 26 dolientes (84,60% mujeres), de 19 a 73 años (M=44,04; DT= 14,21), mediante el Inventario de Duelo Complicado y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas t, d de Cohen y correlaciones de Pearson. Resultados principales: un gran porcentaje (85,70%) mostraron DC, así como problemas clínicos de ansiedad (59,10%) y depresión (45,50%). El DC y la sintomatología emocional, fue mayor en hombres y cuando la pérdida era repentina. La presencia de DC se asoció con mayor ansiedad, depresión y malestar emocional general. Conclusión principal: es necesario conocer los factores de riesgo para desarrollar programas de intervención que incidan en ellos y favorezcan la salud física y mental de los dolientes.

Palabras clave: Duelo complicado. Ansiedad. Depresión. Malestar emocional.

Comorbidity between complicated mourning, anxious and depressive symptoms

Abstract

Objective: was to assess the presence of complicated grief (CG), anxious and depressive symptoms, in first-degree mourners. Methods: 26 mourners (84.60% women), from 19 to 73 years old (M=44.04; SD=14.21) were evaluated by means of: The Complicated Mourning Inventory and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Descriptive analyses, Cohen's t, d tests and Pearson's correlations were performed. Results: a large percentage (85.70%) showed CG, as well as clinical problems of anxiety (59.10%) and depression (45.50%). CG and emotional symptomatology were higher in men and when the loss was sudden. The presence of CG was associated with greater anxiety, depression and general emotional distress. Conclusions: it is necessary to know the risk factors in order to develop intervention programs that affect them and favour the physical and mental health of the mourners.

Key-words: Complicated grief. Anxiety. Depression. General emotional distress.

Introducción

Perder a un familiar de primer grado puede ser uno de los eventos que más impacto tenga en nuestra salud física y emocional.¹⁻³ Tras una pérdida significativa se desarrolla el duelo. El duelo es un proceso psicológico que acompaña la acomodación psicológico-emocional de una pérdida significativa y que en los casos que se elabora adecuada y adaptativamente es un proceso natural de ajuste y no un trastorno (duelo no complicado-DNC). Sin embargo, el ajuste a un evento traumático como es una pérdida significativa puede complicarse psicológicamente y pueden desarrollarse alteraciones psicológicas, entre las que se encuentran: el trastorno de duelo persistente (TDP) el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), y el trastorno de estrés post-traumático (TEPT).^{4,5}

En el TDP, se suelen dar durante seis meses o más: estrés, inutilidad, frialdad, añoranza, irritabilidad, indiferencia afectiva, soledad e incluso sentimiento de que se ha muerto una parte de sí mismo, síntomas intrusivos y búsqueda del fallecido, falta de metas, dificultad para aceptar la muerte y pérdida del sentido de la vida, dándose síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, lo que ocasiona un grave deterioro de la vida de la persona.⁶⁻⁸

Gran parte de los síntomas que se presentan en el TDP se dan de forma similar en el DNC, el TDM, el TAG o el TEPT, por lo que el diagnóstico diferencial es complejo.^{9,10} En el caso del DNC, en el proceso de ajuste a la pérdida se presentan también alteraciones, pero éstas duran menos tiempo, son menos graves y menos intensas. En el DNC, aunque el dolor se expresa desde el principio, la culpabilidad existente no es excesiva y el sujeto es capaz paulatinamente de reanudar las actividades de la vida diaria. En el TDP a diferencia del TDM,

las fluctuaciones del estado de ánimo son frecuentes, y la inhibición psicomotora y los intentos de suicidio se dan en menor medida⁵. En el TDP la sintomatología (tristeza, rumiación, preocupación, imágenes intrusivas y evitación) va dirigida a la pérdida del ser querido, aspecto que no es central en los otros diagnósticos. Además, el TDP no responde a las terapias psicológicas o farmacológicas propuestas para el TDM o para el TAG, pero sí a las terapias específicas.^{11,12}

La presencia de sintomatología ansiosa y depresiva se ha señalado como predictor de TDP antes y a los dos meses después de la pérdida.¹³⁻¹⁵ La sintomatología ansiosa y depresiva suele acompañarse de una peor regulación emocional y de ideas, intentos y consecuencias de suicidio, observándose esta clínica tanto en el TDM como en el TDP, siendo en este último caso asociadas a la pérdida del ser querido y el deseo de volver a reunirse con él. Por ello, el TDP se relaciona con una importante morbimortalidad, debido al acusado deterioro psicológico y físico, siendo frecuente la aparición de deterioro cognitivo y otros problemas serios de salud física.¹⁶⁻¹⁹

La sintomatología psicológico-físico-emocional y sus consecuencias son más frecuentes y graves, cuando las causas de la muerte son inesperadas o violentas (como en el caso de accidentes o suicidios)²⁰ pero también cuando se da tras un proceso de enfermedad que ha sido largo o en el que la muerte no era esperable. Otros factores como una situación socioeconómica baja, una menor edad del fallecido, o ser doliente muy joven o adulto mayor, con enfermedad física o psicológica previa o duelos anteriores no resueltos y poco apoyo social, son factores que parecen estar asociados con mayor probabilidad de presentar TDP.^{15,21}

La presencia de factores de riesgo sociodemográficos, pero también psicológicos (como síntomas ansiosos y depresivos), se relaciona con mayores problemas de salud física y, por tanto, mayor probabilidad de morbimortalidad, disminuyendo la calidad y esperanza de vida de los dolientes.^{22,23}

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar la presencia de DC, la sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado, y observar las relaciones entre las variables a estudio para detectar factores de riesgo y protección.

Método

Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo es transversal de pase único en único momento temporal.

Participantes

Participaron 26 personas que habían perdido a un familiar de primer grado (84,60% mujeres) que tenían entre 19 y 73 años ($M=44,04$; $DT=14,21$). La muestra fue obtenida por conveniencia en hospitales de referencia de la Comunidad Valenciana y participaron todos aquellos dolientes que fueron derivados, aceptaron participar y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: a) ser doliente de primer grado, b) desde hace al menos 6 meses. Como criterios de exclusión se contemplaron: a) el embotamiento emocional intenso, b) haber tenido o tener un trastorno

psicológico (incluyendo trastornos del consumo de sustancias) y c) estar en una situación de sobre-medicación.

Procedimiento

Tras la derivación por parte del personal de medicina de aquellos pacientes que habían sufrido una pérdida de un familiar de primer grado. Se informó a los pacientes de la posibilidad de participar en una investigación de forma anónima, comentándoles que su decisión no influiría en absoluto en sus visitas y tratamientos posteriores. Los participantes firmaron el consentimiento informado y psicólogos de la Asociación Española Contra el Cáncer entrenados en el proceso de evaluación les administraron la batería de cuestionarios, en un único pase y momento temporal, asegurando el compromiso de confidencialidad e informando sobre el registro de datos personales.

Materiales

Mediante una entrevista semiestructurada, se utilizaron registros *ad hoc* para recoger información sobre las variables sociodemográficas del doliente (sexo, edad, estado civil y situación laboral) y las características del ser querido fallecido (edad, tiempo desde la muerte, tipo o causa de la muerte). Las variables psicológicas analizadas fueron recogidas mediante cuestionarios validados para la muestra a estudio y fueron las siguientes:

-*Duelo complicado*: se evaluó mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC¹⁴) para diferenciar entre duelo normal y el riesgo de padecer duelo patológico. El IDC consta de 19 ítems que evalúan de 1 a 5 la frecuencia de aparición de los síntomas de DC. La puntuación total, que oscila entre 19-76, se obtiene mediante el sumatorio las respuestas, considerándose valores iguales o superiores a 25 indicadores DC. El cuestionario cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.²⁴

-*Sintomatología ansiosa y depresiva*: mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith (1983),²⁵ versión adaptada al español de Ibáñez y Caro (1992).²⁶ La HADS cuenta con 14 ítems, la mitad de los cuales son de sintomatología ansiosa y la otra mitad de depresiva, que se responden de 0 a 3. Da la posibilidad de obtener una puntuación total de malestar emocional con la suma de ambas puntuaciones²⁷. Se interpreta en la tabla 1.

Tabla 1. Interpretación de las puntuaciones de las escalas del HADS

	Ansiedad	Depresión	Malestar Emocional
Normal o Ausencia	0-7	0-7	<20
Caso Probable	8-10	8-10	-
Problema Clínico	>10	>10	≥20

Nota: Extraído de Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1", por L. Lacomba-Trejo, S. Casaña-Granel, M. Pérez-Marín e I. Montoya-Castilla, 2017, Revista de Calidad de Vida y Salud, 10(1), pp.10-22.28

Análisis de datos

Mediante el programa estadístico SPSSv26 se realizaron: análisis descriptivos (porcentajes, medias, mínimo, máximo, rango, percentiles y desviación típica), pruebas t para muestras independientes, y correlaciones de Pearson. El cálculo *d* de Cohen para el tamaño del efecto (considerando valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\approx 0,2$, medios $\approx 0,5$ y altos

≈0,8)²⁹, se realizó mediante una plantilla de Microsoft Excel. Los participantes de esta investigación fueron informados del objetivo de la investigación, del procedimiento a seguir, así como del respeto de la confidencialidad, y de su participación voluntaria. Todos ellos, firmaron el consentimiento informado para poder participar en la evaluación. La información recabada fue custodiada en todo momento.

Resultados

Análisis descriptivos

La mayoría estaba en situación de viudedad (34,60%) o viviendo en pareja (30,80%), un menor porcentaje se encontraba soltero (23,10%) o divorciado (11,50%). Se encontraban generalmente en activo (61,50%), jubilados o eran pensionistas (23,10%), otros estudiaban (11,50%) y por último un 3,80% estaban en paro.

La muerte de su familiar de primer grado se había producido hace un año aproximadamente (M=11,92; DT= 6,88). Las edades de las personas fallecidas oscilaron entre los 0 y los 78 años (M=42,31; DT=18,93), siendo la mayoría de los fallecimientos esperados (57,70%), concretamente por enfermedad oncológica. Un 42,20% fueron muertes no esperadas; 11,50% fueron personas que murieron por suicidio, un 11,50% por accidentes de tráfico o laborales y un 19,20% fueron muertes por enfermedad repentina (incluyendo la muerte súbita).

Los dolientes mostraron una gran afectación psicológica, un porcentaje muy elevado de los dolientes (85,70%) tenía indicadores de DC. Presentaron elevadas puntuaciones de malestar emocional (M=21,95; DT=7,39), ansiedad (M=11,55; DT=4,00) y depresión (M=10,41; DT=4,09) (Tabla 2).

En concreto, un 59,10% presentaba un diagnóstico significativo de clínica de ansiedad, un 45,50% de depresión y un 59,10%, un problema clínicamente significativo de sintomatología ansiosa-depresiva (Figura 1 y 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

Escalas	M	DT	Min	Máx	Rango	P25	P50	P75
Duelo complicado	42,57	14,63	20	75	19-76	30,00	42,00	52,50
Ansiedad	11,55	4,00	5	18	0-21	8,00	11,50	15,00
Depresión	10,41	4,09	4	18	0-21	7,75	10,00	12,50
Malestar emocional	21,95	7,39	10	35	0-42	15,50	23,00	26,50

Nota. M= Media; DT= desviación típica; Min= mínimo; Máx= máximo; P25= Percentil 25; P50= Percentil 50; P75= Percentil 75.

Figura 1. Ansiedad en doliente de primer grado

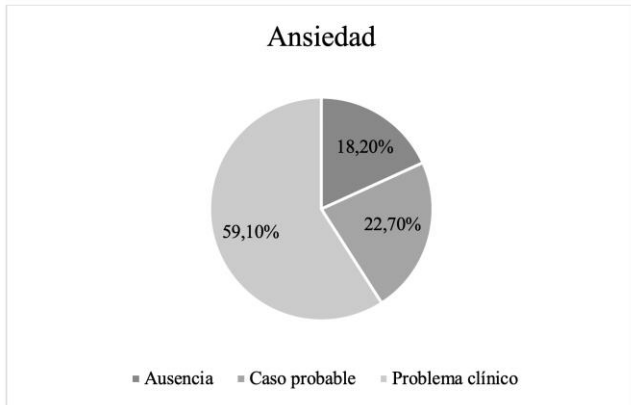
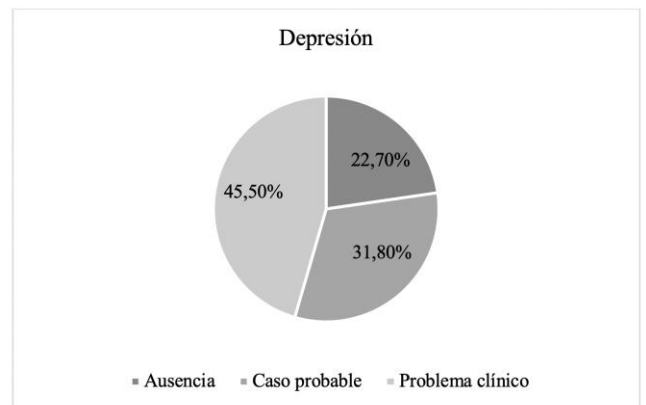


Figura 2. Depresión en el doliente de primer grado



Comparaciones de medias

Al realizar comparaciones de medias, encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de malestar emocional en función del riesgo de padecer DC, observándose cómo aquellos dolientes que tenían un diagnóstico clínico de DC, presentaban también sintomatología ansioso-depresiva significativa.

No obstante, el tamaño muestral y las diferencias de tamaño de la muestra entre los grupos hacen necesario el uso del estadístico *d* de Cohen (tamaño del efecto), un estadístico que es sensible al cambio, teniendo en cuenta tanto el tamaño de los grupos, la media y la desviación típica de los mismos. Es por ello, que, en adelante, comentaremos también aquellas diferencias en las que las distancias entre medias de los grupos sean moderadas o grandes, valoradas a través del tamaño del

efecto, estadístico especialmente recomendado en tamaños muestrales pequeños (Tablas 3, 4 y 5).

En relación con el sexo, observamos que los hombres muestran mayores indicadores de DC y de sintomatología ansiosa, encontrándose tamaños del efecto moderados-elevados (Tabla 3).

Cuando la muerte fue inesperada, los dolientes informaron de mayores indicadores de DC, mayor ansiedad y malestar emocional general, obteniendo tamaños del efecto moderados (Tabla 4).

Por otra parte, los dolientes de primer grado que mostraban indicadores de DC presentaban con tamaños del efecto grandes, mayor sintomatología ansiosa, depresiva y mayor malestar emocional general (Tabla 5).

Tabla 3. Diferencias de medias en función del sexo

Escalas	t	gl	p	d	Mm	DTm	Mh	DTh
Duelo complicado	-,35	19	,63	1,50	41,11	14,60	56,50	2,90
Ansiedad	,530	20	,60	,45	11,40	4,12	13,00	2,83
Depresión	-,323	20	,75	,30	10,50	4,26	9,50	2,12
Malestar emocional	,107	20	,91	,10	21,90	7,68	22,50	4,95

Nota:t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto; Mm= Media mujeres; DTm= desviación típica mujeres; Mh= Media hombres; DTh= desviación típica hombres.

Tabla 4. Diferencias de medias en función de si la muerte del ser querido era esperable o no

Escalas	t	gl	p	d	Mes	DTes	Mne	DTne
Duelo complicado	-1,31	20	,21	,53	38,55	16,50	47,00	11,46
Ansiedad	1,30	20	,21	,59	10,45	4,41	12,63	3,38
Depresión	-,77	20	,49	,33	9,73	4,58	11,09	3,61
Malestar emocional	-1,13	20	,27	,48	20,18	8,24	23,73	6,31

Nota:t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto; Mes= Media muerte esperada; DTes= desviación típica muerte esperada; Mne= Media muerte no esperada; DTne= desviación típica muerte no esperada.

Tabla 5. Diferencias de medias en función de presentar riesgo de duelo complicado o no

Escalas	t	gl	p	d	Mnc	DTnc	Mdc	DTdc
Ansiedad	-,72	19	,48	1,23	8,33	0,58	12,05	4,07
Depresión	1,38	19	,18	1,32	6,67	2,31	11,00	4,03
Malestar emocional	-1,85	20	,08	1,48	15,00	2,65	23,05	7,32

Nota:t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos ≈0,2, medios ≈0,5 y altos ≈0,8; Mnc= Media duelo complicado; DTnc= desviación típica duelo complicado; Mdc= Media duelo no complicado; DTdc= desviación típica duelo no complicado.

Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, se analizaron las relaciones existentes entre las variables objeto de estudio (DC, ansiedad, depresión y malestar emocional). Se encontró una asociación lineal, positiva, moderada y significativa entre los indicadores de DC y la sintomatología depresiva. Del mismo modo sucedió con el malestar

emocional general. Una mayor presencia de sintomatología depresiva se relacionó con más sintomatología ansiosa de forma moderada-elevada. Las asociaciones lineales que se dieron entre la edad del doliente, la edad del fallecido y el tiempo desde la muerte, con el resto de las variables a estudio fueron bajas y no significativas (Tabla 6).

Tabla 6. Asociaciones entre las variables a estudio

	Duelo complicado	Ansiedad	Depresión	Malestar emocional	Edad doliente	Edad fallecido	Tiempo muerte
Duelo complicado	1						
Ansiedad	,345	1					
Depresión	,582**	,670**	1				
Malestar emocional	,509*	,912***	,916***	1			
Edad doliente	,286	-,127	,354	,128	1		
Edad fallecido	,100	-,246	-,299	-,299	,121	1	
Tiempo muerte	,106	,145	,202	,190	,079	,125	1

Nota: *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001;

Discusión

Dando respuesta al objetivo planteado de analizar la presencia de DC, ansiedad y depresión en dolientes de primer grado, los resultados indican que: un gran porcentaje de los dolientes (85,70%) muestran indicadores de DC, lo que se acompaña de una gran presencia de síntomas ansiosos (81,80%) y depresivos (77,20%), por lo que el 59,10% de los dolientes, también tiene sintomatología ansioso-depresiva significativa. Este aspecto debe ser tenido en cuenta ya que, el HADS (que ha sido utilizado para la evaluación de la clínica ansiosa y depresiva) deja de lado los síntomas somáticos asociados a dichos cuadros, al estar especialmente diseñado para muestras hospitalarias donde la somatización puede ser confundida con los síntomas físicos propios de enfermedades físicas.²¹ Por ello, pensamos que, si en futuros estudios esta sintomatología ansioso-depresiva que detecta el HADS se complementara con herramientas que permitan el diagnóstico clínico

específico de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, la afectación detectada podría ser incluso mayor o de mayor gravedad. Por lo anterior, se debe prestar atención a los dolientes, ya que la gran afectación emocional que presentan puede originar graves problemas, asociándose a una gran morbimortalidad.²²

En relación con las diferencias estadísticamente significativas encontradas, hallamos que en aquellos casos en los que existía DC, también mostraban sintomatología ansiosa-depresiva significativa. Por otra parte, teniendo en cuenta el tamaño de las distancias entre las medias, mediante el tamaño del efecto, observamos, que los hombres muestran mayores indicadores de DC, a diferencia de otros estudios, donde se había señalado ser mujer como factor de riesgo en el desarrollo de DC.^{30,31} Varios aspectos podrían explicar estos resultados; en primer lugar, el tamaño muestral y el reparto no equitativo del sexo de los participantes, y, en segundo lugar, podría ser que debido a que los hombres no solicitan tanta ayuda como

las mujeres,³¹ hayamos accedido a aquellos hombres con una sintomatología mucho más grave.

En referencia a si la muerte era esperada o no, encontramos mayores indicadores de DC, ansiedad y malestar emocional en aquellos dolientes que habían perdido a sus familiares de forma repentina. La literatura había señalado que las muertes inesperadas o que ocurrían en situaciones violentas eran factores de riesgo para desarrollar TDP.³²⁻³⁴ Además, en estos casos, también encontramos mayor presencia de síntomas ansiosos y de malestar emocional general. Observamos entonces cómo el hecho de que la muerte sea inesperada en nuestra muestra es un factor de riesgo. Aun así, cabe señalar que, la mitad de nuestra muestra son dolientes de personas que fallecieron por cáncer, de manera que pasaron por un largo proceso de enfermedad, lo que también se había señalado como un factor de riesgo.²⁰

Por otra parte, en aquellos casos en los que encontramos presencia de DC, también observamos sintomatología ansiosa y depresiva clínica de interés. A medida que aumenta la sintomatología de DC, también lo hace la ansiosa y depresiva y el malestar emocional general. Como ya se había señalado, el TDP impacta notablemente en la salud emocional de los dolientes, observándose: culpabilidad, tristeza o pensamientos intrusivos.^{9,35} La presencia de afectación emocional puede empeorar la salud física y emocional de los dolientes,^{22,36} generando graves consecuencias personales y sociales.

La edad de los dolientes y de los fallecidos, así como el tiempo que había pasado desde el fallecimiento, no se asociaron linealmente con ninguna de las variables a estudio de forma significativa. Por lo que, en nuestro estudio, estas variables parecen no arrojar luz acerca de la adaptación a la pérdida. Ahora bien, en otros estudios el ser muy joven o mayor, sí habían sido identificados como factores de riesgo,³⁷ por lo que posiblemente, en futuros trabajos, tendríamos que realizar

análisis que permitieran observar las relaciones no lineales, para poder llegar a conclusiones más precisas al respecto.

Es posible que, si aumentáramos el número de participantes pudiéramos percibir diferencias estadísticamente significativas en variables en las que se ve un tamaño del efecto moderado o elevado. No obstante, nuestro estudio refleja la realidad de este tipo de investigaciones, es decir, la dificultad para acceder a las personas dolientes en la investigación.

Si futuros estudios realizaran diseños longitudinales podríamos conocer si los dolientes presentaban sintomatología clínica de interés con anterioridad al fallecimiento, aunque este aspecto fue un criterio de exclusión de nuestro trabajo, se basó en el autoinforme de los participantes, por lo que no podemos conocerlo con exactitud. La evaluación previa al fallecimiento, sería aplicable solamente cuando los dolientes vivieran una enfermedad física larga con su familiar, pero podría ayudarnos a detectar los casos en los que la ayuda sería necesaria. Además, futuros trabajos, podrían tener en cuenta otras variables que median en el ajuste a la pérdida, como son: los duelos anteriores no resueltos, las enfermedades físicas previas, la situación socioeconómica, las vinculaciones afectivas con el fallecido y el apoyo social percibido.²⁰

Nuestros datos, contribuyen a conocer la situación en la que se encuentran los dolientes de primer grado, por lo que, nos ayudan a detectar factores de riesgo, para poder acceder a aquellos dolientes que con mayor probabilidad necesitan una intervención psicológica en el presente, previniendo las futuras complicaciones emocionales y físicas. Como conclusión, queremos señalar que, aunque el TDP se señala como una entidad diferenciada, la gran comorbilidad con la sintomatología ansiosa y depresiva, hace necesaria su evaluación para orientar de forma más adecuada sus intervenciones profesionales.

Bibliografía

1. Cala MLP, Hernández LFA. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Archivos de Medicina (Manizales). 2019; 19(1): 32-45.
2. Soto-Rubio A. Beneficios de un programa de soporte para familiares de pacientes al final de la vida: estudio multi-céntrico. [tesis doctoral]. Valencia (ES): Universidad de Valencia; 2018. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/66969/TESIS%20DOCTORAL%20A.SOTO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllo wed=y> [acceso: 19/11/2019]
3. Worden J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós; 2013.
4. Romero V. Síntomas del duelo complicado en cuidadores que han atendido a sus familiares enfermos de cuidados paliativos [tesis doctoral]. Madrid (ES): Universidad Complutense de Madrid; 2019.
5. Asociación Americana de Psiquiatría Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Madrid: Panamericana; 2014.
6. Alonso-Llácer L, Ramos-Campos M, Barreto-Martín P, Pérez-Marín M. Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. Calidad de vida y salud. 2019; 12(1): 65-75.
7. Zisook S, Shear MK, Reynolds CF, Simon NM, Mauro C, Skritskaya NA, et al., Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: A HEAL report. J.Clin. 2018; 79(2), <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11592>.
8. Mora-López, Gerard; Berbís-Morelló, Carmen; Martínez-Segura, Estrella; Montesó-Curto, Pilar; Ferré-Grau, Carme. Reconstrucción de la vida cotidiana de los postcuidadores familiares: afrontando el duelo del cuidador. Index Enfermería. 2019; 18(3): 105-9.
9. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. 2007; JAMA, 297: 716-723. Doi:10.1001/jama.297.7.716.
10. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds iii CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al., Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry res. 1995; 59: 65-79.
11. Estevan P, del Miguel C, Prigerson HG, García García JA, del Cura I, GEDUPROL. Adaptación transcultural y validación del cuestionario PG-13 para la detección precoz de duelo prolongado. Med Paliat. 2019;26(1):22-35. Doi: 10.1016/j.medipa.2016.09.003

12. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF 3rd, Maciejewski PK, Davidson JR, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*. 1999; 174:67-73.
13. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following Loss: Predictors of Grief, Complicated Grief, and Symptoms of Depression. *J Palliat. Med*. 2013; 16: 745-751. Doi: 10.1089/jpm.2012.0450.
14. Barreto P, Yi P, Soler C. predictores de duelo complicado. *Psicoonc*. 2008; 5(2-3): 383-400.
15. Romero V, Cruzado JA, Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicoonc*, 2016; 13 (1): 23-37. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52485
16. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(21):2601-8. DOI: 10.1001/jama.293.21.2601.
17. Spuij M, Prinzie P, Dekovic M, van den Bout J, Boelen PA. The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2013;14:395. DOI: 10.1186/1745-6215-14-395.
18. Zygmont M, Prigerson HG, Houck PR, Miller MD, Shear MK, Jacobs S, et al. A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(5):241-5.
19. Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ. Escitalopram: An open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord*. 2009;113(1-2):142-9. DOI: 10.1016/j.jad.2008.05.016.
20. Denderen MV, Keijser JD, Kleen M, Boelen PA. Psychopathology among homicidally bereaved individuals: a systematic review. *TVA*. 2015; 16: 70-80. doi: 10.1177/1524838013515757.
21. Monografías SECPAL Atención al Duelo en Cuidados Paliativos. Guía Clínica y Protocolo de Actuación. 2014. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%205%20-%20200K-20140622%20Para%20impresión%20final%20final.pdf. [acceso: 10/10/2019]
22. Lacomba-Trejo L, Mateu-Mollá J, Carbajo Álvarez E, Oltra Benavent AM, Galán Serrano A. Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia. *Rev. Colomb. Nefrol*. 2019;6(2):103-111. <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>
23. Latham A, Prigerson HP. Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34 (Suppl 4):350-62. Doi: 10.1521/suli.34.4.350.53737
24. Limonero J, Lacasta-Reverte M, García-García J, Mate-Méndez J, Prigerson H. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Med. Paliativa*. 2009; 16(5): 291-297.
25. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993;67(6):361-0.
26. Ibáñez E, Caro I. La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*. 1992;36:4369.
27. Mateu-Mollá J, Lacomba-Trejo L, Valero-Moreno S. Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en el infarto agudo de miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*. 2015; 3(1): 32-41.
28. Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Pérez-Marín M, Montoya-Castilla I. Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1". *Revista de Calidad de Vida y Salud*, 2017;10(1):10-22.
29. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.1988.
30. Enez Ö. Complicated grief: Epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. *Current Approaches in Psychiatry*. 2018; 10(3): 269-279. <http://dx.doi.org/10.18863/pgy.358110>
31. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011; 131(1-3): 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
32. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder, J.L., Razavi, D. Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychoonc*. 2010; 19: 141-9. <https://doi.org/10.1002/pon.1568>
33. Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L, Carrillo GM, Gómez-Ramírez OJ. Duelo en el cuidador del niño fallecido por cáncer: revisión exploratoria. *Duazary*. 2019; 16(2): 281-294. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2755>
34. Payás A. *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid: Paidós. 2010.
35. Yi PY. *Duelo Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos*. [Tesis doctoral]. Valencia (ES): Universitat de València. 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71051366.pdf> [acceso: 17/11/2019]
36. Soto-Rubio A, Salvador E, Pérez-Marín M. Factores de Riesgo de Duelo Complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una Revisión Sistemática. *Calidad de Vida y Salud*. 2019; 12(2): 29-39.
37. De la Iglesia G, Solano AC, Liporace MMF. Perfiles de afrontamiento del estrés en adolescentes: su relación con la psicopatología. *Revista de Psicología*. 2019; 14(27): 77-92.