

## Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso

Lorena Alonso-Llácer\*  
Laura Lacomba-Trejo\*\*  
Marián Pérez-Marín\*\*\*

\*Doctora en Psicología. Psicóloga de la Asociación Española Contra el Cáncer. Valencia (España). Fecha de filiación: 15 de enero de 2012 (actualmente en período de excedencia hasta 2022). Psicóloga en Servicio de Orientación, Gabinete Psicopedagógico Municipal del Ayuntamiento de Rafelbunyol. Valencia. España. Fecha de filiación: 16 de septiembre de 2019 (actualmente).

\*\*Magister en Psicología General Sanitaria. Estudiante de Doctorado en Investigación en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia. España. Personal Docente e Investigador en Formación, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia. Valencia. España. Fecha de filiación 15 de febrero de 2019 (actualmente).

\*\*\*Doctora en Psicología. Profesora Titular, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia. Valencia. España. Fecha de filiación 5 de noviembre de 2012 (actualmente).

**Correspondencia:** Dra. Pérez-Marín. Facultad de Psicología, Avenida Blasco Ibáñez, 21, Valencia (España), 46010. Teléfono: (+34) 963983392. Email: marian.perez@uv.es

### Resumen

La pérdida de un ser querido por suicidio puede ser uno de los eventos más estresantes de la vida. Los factores de riesgo y protección asociados a cada caso pueden favorecer o dificultar el procesamiento de la pérdida. Se presenta un caso de trastorno de duelo complejo persistente en el que se aplica el Protocolo Mindfulness para la Aceptación del Dolor, las Emociones y el Duelo. La paciente mejora tras la intervención, observándose que ya no puntúa en trastorno de duelo complejo persistente, ni sintomatología ansiosa de forma significativa, ha disminuido su afecto negativo y aumentado su autocompasión, afecto positivo y bienestar psicológico. Concluimos que se hace necesaria una evaluación integral desde el sistema sanitario para poder atender a los pacientes que presenten trastorno de duelo complejo persistente de manera multidisciplinar. La intervención psicológica puede disminuir los costes económicos, sanitarios y personales. **MÉD.UIS.2021;34(3): 85-92.**

**Palabras clave:** Duelo. Suicidio. Trauma psicológico. Psicología Clínica. Programa MADED.

### Complicated grief over the death of a child: presentation of a case

#### Abstract

The loss of a loved one by suicide can be one of life's most stressful events. The risk and protective factors associated with each case may make it easier or harder to process the loss. Here we present a case of persistent complex grief disorder in which the Mindfulness Protocol for Acceptance of Grief, Emotions, and Bereavement is applied. The patient improves after the intervention, being observed that she no longer scores in persistent complex grief disorder, nor anxious symptoms in a significant way, her negative affect has decreased, and her grief, positive affect and psychological well-being have increased. We conclude that a comprehensive evaluation from the health system is necessary in order to attend patients with persistent complex mourning disorder in a multidisciplinary way. Psychological intervention can reduce economic, health and personal costs. **MÉD.UIS.2021;34(3): 85-92.**

**Key words:** Grief. Suicide. Psychological trauma. Clinical Psychology. MADED program.

---

¿Cómo citar este artículo? Alonso-Llácer L, Lacomba-Trejo L, Pérez-Marín M. Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. **MÉD.UIS.2021;34(3): 85-92.** doi: 10.18273/revmed.v34n3-2021009

---

## Introducción

La muerte es un acontecimiento que irrumpe la vida de la familia del fallecido de forma abrupta. En el caso de las muertes por suicidio, los sobrevivientes se enfrentan a un duelo potencialmente traumatizante<sup>1</sup>, ya que a las características de esta pérdida, se le une la culpabilidad que suelen sentir los sobrevivientes, así como el pacto de silencio que se puede dar de forma implícita o explícita en el entorno de la persona, de no hablar sobre lo sucedido, debido a que este tipo de muerte resulta un suceso no natural, inesperado y estigmatizado<sup>2-5</sup>, lo anterior, ocasiona con mayor probabilidad complicaciones físicas y psicológicas<sup>8</sup>. Se ha de tener en cuenta que el grado de parentalidad es muy relevante en relación con la mayor aparición de complicaciones, de este modo, la muerte de un hijo puede ser uno de los sucesos más estresantes en la vida<sup>6</sup>.

Alrededor del 10% de las personas desarrollará posterior a la muerte de un ser querido un duelo complicado (DC)<sup>4-5,7</sup>, observándose que un 78,00% de los familiares que han perdido a un ser querido por un suicidio, desarrollan trastorno de duelo complejo persistente (TDCP)<sup>8</sup>, debido a que los sobrevivientes tienen que hacer frente al trauma de la muerte y al proceso de duelo de forma conjunta<sup>9</sup>. El TDCP se da cuando un año después de la muerte, la persona presenta principalmente los siguientes síntomas: anhelo, dolor, preocupación por la muerte del ser querido, dificultades para aceptar la pérdida y recordar aspectos positivos de la persona fallecida, aturdimiento, tristeza, ira, culpabilidad, evitación excesiva de estímulos que recuerden al fallecido o al fallecimiento, autoconcepto negativo, deseos de muerte, sentimientos de soledad, confusión sobre la propia identidad o dificultades para pensar o marcarse proyectos futuros<sup>10</sup>.

Debido a las diferencias entre muestras evaluadas, criterios clínicos e instrumentos de evaluación, existen grandes discrepancias con respecto a la prevalencia del TDCP. Así, los criterios diagnósticos y su forma de identificarlo han variado del DSM-IV-TR (duelo complejo (DC)) al y DSM-5 (duelo complejo persistente (TDCP)), y son diferentes a los tenidos en cuenta en la CIE-11 (Trastorno de Duelo Persistente (TDP))<sup>10</sup>. Merece especial atención el criterio temporal, ya que en el DSM-5 el TDCP se diagnostica a partir de los 12 meses, y en la CIE-11 se considera que es a partir de los 6 meses cuando se puede

padecer TDP. Por todo lo anterior, se hace complejo conocer con exactitud las cifras de prevalencia de este trastorno.

Además del TDCP, es frecuente el padecimiento de otros trastornos asociados a la pérdida como trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo mayor (TDM) o el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)<sup>7,11</sup>, o problemas de sueño e incluso actos suicidas. De hecho, el 75,20% de las personas a las que se les complica el duelo, presentan algún otro trastorno del estado de ánimo o de estrés<sup>12</sup>, lo anterior aún puede complicar más el diagnóstico clínico. Es importante reseñar que TDCP se diferencia del trastorno depresivo y del trastorno bipolar, en que en el caso del TDCP, la tristeza no es permanente, se relaciona con la pérdida, los pensamientos están dirigidos al difunto, y aparece evitación de situaciones, personas o imágenes que puedan recordar la pérdida. Por otra parte, se diferencia del TEPT, en que en el caso del TDCP, los síntomas se dan por la pérdida de una figura principal de apego (en el caso del TEPT la persona puede haber vivido o conocer que un ser querido ha experimentado cualquier situación traumática que ponga en riesgo su vida), las pesadillas no son muy habituales, y los sentimientos de pérdida y anhelo están relacionados con la persona fallecida (no con el hecho traumático). Además de lo anterior, las personas con TDCP pueden tener recuerdos positivos de la persona fallecida y realizar abstracciones agradables en relación con la historia de vida con ella. Por último, se diferencia del trastorno del TAG, en que en el TDCP, la rumiación y la sintomatología ansiosa, se dan acerca de la persona fallecida<sup>12</sup>.

Existen factores que pueden proteger del desarrollo de DC como son: la espiritualidad, la comunicación, la autoeficacia, la habilidad para resolver conflictos, la flexibilidad mental, el autocuidado y la capacidad para encontrar un sentido a la experiencia<sup>18</sup>. Además de lo anterior, la investigación ha señalado como factores promotores de salud mental la capacidad para atender al presente (mindfulness) y la autocompasión<sup>13-14</sup>.

Por ello, resulta adecuado, poder evaluar los factores de riesgo y protección en las personas con TDCP, debido a que lo anterior puede establecer de forma clara aquellos aspectos en los que el paciente ha de trabajar para mejorar emocionalmente. La literatura se ha centrado generalmente en evaluar

los factores de riesgo<sup>5,7,15</sup>, dadas sus grandes implicaciones directas en la supervivencia de las personas en duelo<sup>21</sup>. No obstante, se hace necesario evaluar los factores de protección, ya que se asocian directamente a unos mejores resultados de la terapia psicológica y farmacológica. La evaluación de la historia de vida y de las variables de riesgo, pero también de protección, puede darnos una visión mucho más amplia del sujeto y de las posibilidades de su abordaje.

Por otra parte, también existe diversidad de posibilidades en cuanto al tratamiento después de la pérdida. Los tratamientos pueden ser individuales, grupales o familiares, e incluso combinarse entre sí. Uno de los abordajes más empleado es el counselling<sup>16</sup>, otros abordajes se han centrado en la terapia cognitivo conductual, y en las terapias de tercera ola (en la terapia de aceptación y compromiso, en la terapia cognitiva basada en mindfulness)<sup>17-18</sup>. Los profesionales sanitarios han de prepararse para abordar las dificultades que pueden surgir tras el suicidio de un ser querido, evaluando a los familiares sus factores de riesgo y protección, para así poder intervenir mediante protocolos estandarizados como el Protocolo Mindfulness para la Aceptación del Dolor, las Emociones y el Duelo (MADED), cuando sean necesarios. El programa MADED fue diseñado para realizarse de manera grupal en personas que han sufrido pérdidas, y es una intervención psicológica multicomponente que se basa en aumentar la autocompasión de los dolientes para así potenciar su bienestar psicológico<sup>15</sup>. El programa combina elementos de las diferentes terapias psicológicas que se han mostrado eficaces para abordar el duelo, mediante nueve sesiones semanales de 1 hora aproximadamente, en las que se desarrollan elementos psicoeducativos, trabajo de autoconciencia, autocompasión y mindfulness.

Una detección temprana puede disminuir las implicaciones en la salud física y emocional de estos pacientes, reduciendo los costes personales y sanitarios. Dentro de lo reportado en la literatura, no existen tratamientos psicológicos concretos que aborden las pérdidas por suicidio.

Por ello, es necesario atender a la familia del doliente como parte del proceso sanitario, en aquellos casos en los que en un primer momento ya se hayan detectado factores de riesgo; aumentando los factores de protección, para así, prevenir complicaciones futuras.

En el presente caso, se ha evaluado la presencia de TDCP, mediante diferentes instrumentos como entrevista clínica y cuestionarios, los cuales evalúan factores de riesgo (presencia de DC, síntomas ansiosos y depresivos) y protección (afectividad, satisfacción con la vida, vitalidad, capacidad de atención plena y autocompasión). Todo ello se ha realizado mediante instrumentos que cuentan con las propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en el caso que presentamos.

Adicional a la presentación del caso, se aplica una intervención psicológica innovadora (protocolo MADED<sup>15</sup>).

El objetivo del presente estudio es evaluar los factores de riesgo y protección en un caso de duelo complejo persistente por suicidio antes y después de una intervención psicológica basada en el Protocolo Mindfulness para la aceptación del dolor, las emociones y el duelo. Se realiza la siguiente propuesta con el fin de aportar información clara y directa que permita al personal sanitario realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado, basado en las fortalezas y debilidades del paciente.

## **Presentación del caso clínico**

### **Historia clínica**

#### Datos de identificación del paciente e información del referente

#### **Datos de la paciente:**

Mujer de 58 años, que convive con su pareja desde hace 40 años, con estudios primarios, que se encuentra jubilada por una hernia discal, y que ha tenido como ocupación a lo largo de la vida la de ama de casa. Acude al servicio de psicología, porque tras la pérdida de su hijo hace un año por suicidio, continúa sintiéndose decaída, con llanto recurrente por las mañanas, con síntomas ansiosos, apatía, anhedonia, pensamientos recurrentes acerca del posible sufrimiento de su hijo en los últimos momentos de su vida, sequedad de boca, hipersomnia y falta de apetito. Además de lo anterior, evita estímulos que puedan estar relacionados con la pérdida de su hijo (como son imágenes de personas muertas en la televisión, ataúdes o cualquier imagen que pueda asemejarse a un ahorcamiento), atesora objetos personales del difunto (con los que duerme a diario) y presenta falta total de apetito sexual.

El hijo de la paciente estaba diagnosticado con episodio depresivo mayor y trastorno de la personalidad límite y había tenido intentos autolíticos con anterioridad, de forma continua. El día que su hijo falleció, la paciente no pudo verlo. En los días posteriores (velatorio y entierro), la paciente experimentó amnesia lacunar además mostró hipocinesia. En estos episodios, se sintió abandonada por su marido ante la muerte de su hijo, ya que este no pareció responder emocionalmente.

La relación de la paciente con su hijo fallecido (el mayor de los tres) se caracterizó por el miedo al abandono y la dependencia emocional, según relata, de él hacia ella. Además, era frecuente el maltrato psicológico de él hacia ella. Debido a que las crisis autolíticas eran continuas, la paciente, hace años que duerme con el teléfono móvil, por si en mitad de la noche su hijo la despierta para solicitarle su apoyo. La relación con sus otros dos hijos (una mujer y un varón), la relata como sana.

En cuanto a los aspectos relevantes de su historia de vida, cabe señalar que presencié el maltrato físico y psicológico que ejercía su padre contra su madre, y estuvo gran parte de su vida a cargo de sus abuelos, pues sus padres trabajaban fuera. Añadido a lo anterior, cuando la paciente tenía 10 años sufrió una situación de abuso sexual, por parte de un vecino de confianza de la familia.

Conoció a los 16 años a su pareja, con la que se casó a los 20 años, estando embarazada de 7 meses. Ha estado embarazada en 4 ocasiones, habiendo fallecido un hijo en un aborto por embarazo de riesgo y otro por suicidio, ambos duelos no resueltos en la actualidad. Presenta problemas de pareja y sexuales, y su relación de pareja se ha caracterizado por continuos altibajos, llegando incluso a separarse de forma legal de su marido. Sin embargo, continuaron viviendo juntos, sin que este aspecto fuera conocido por la familia hasta el momento del arreglo del testamento.

En referencia a los antecedentes de problemas de salud mental familiares, cabe destacar que su tío paterno y su hermano tienen historia personal de ideación autolítica, labilidad emocional y problemas de control de impulsos.

Debido a todo lo anterior, la paciente ha reducido notablemente su densidad y calidad de red de apoyo social y añadido a lo anterior, está el hecho de que sus dos figuras principales de apego son sus hijos. No obstante, dedica parte de su tiempo libre a coser y a realizar actividad física. En la **Tabla 1** se presentan los principales factores de riesgo y protección del caso (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Formulación del modelo psicopatológico.

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores mantenedores
Maltrato familiar (percibido en la infancia)	Duelo no resuelto (aborto)	Falta de apoyo social
Cambios de cuidador principal	Continuos intentos autolíticos de su hijo	Muerte estigmatizada (suicidio)
Abuso sexual infantil	Suicidio de su hijo	Problemas de pareja
	Problemas de pareja	
	Síntomas disociativos en la muerte del hijo	

**Fuente:** elaboración propia.

La paciente fue diagnosticada con TDCP con duelo traumático, debido a que, tras una pérdida de forma traumática, aparecen pensamientos persistentes y angustiantes, imágenes o sentimientos relacionadas con las características traumáticas de la muerte<sup>15</sup>.

## Evaluación

- *Entrevista clínica semiestructurada:* donde se valoraron los datos sociodemográficos de la paciente (edad, sexo, género, situación laboral y económica, nivel de estudios), se evaluó el motivo de consulta, los disparadores emocionales, las circunstancias de la pérdida, la historia de relación y el funcionamiento familiar. Además de lo anterior, mediante la entrevista, se evaluó el cumplimiento de los criterios diagnósticos de Trastorno de Duelo Persistente y de otros diagnósticos relacionados con la pérdida, para realizar el diagnóstico y diagnóstico diferencial. El contenido de la entrevista se basa en el de Alonso-Llácer (2017)<sup>19</sup>, y se puede consultar en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Entrevista clínica basada en la de Alónso-Llácer (2017)<sup>18</sup>.

	Preguntas
<b>Sociodemográficos</b>	Edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de estudios y nivel socioeconómico.
<b>Situación actual</b>	Motivo de consulta
	¿En qué situaciones se siente mal?
	¿En qué momentos se encuentra peor?
	¿Hay algún lugar en el que se sienta especialmente mal?
	¿Hay algún pensamiento, imagen o recuerdo que le haga sentirse peor?
	Cuando se siente mal ¿Qué sensaciones físicas tiene? ¿Qué suele pensar o imaginar? ¿Qué suele hacer?
	Si tuviera que puntuar el malestar de 0 (nada) a 10 (mucho), ¿Cuál sería? ¿Con qué frecuencia aparece ese malestar?
	Desde que falleció su ser querido ¿Ha habido mejorías? ¿A qué cree que se ha debido?
	¿Y empeoramientos? ¿A qué cree que se han debido?
	Indique situaciones problemáticas actuales.
	Subraye todo aquello que le ocurra diariamente con mucha intensidad: dolor de cabeza, palpitaciones, falta de energía, opresión en el pecho y/o garganta, cambios en el apetito, sensaciones en el estómago, sequedad de boca, soñar con el fallecido, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, despertarse pronto, sueño excesivo, dificultades de atención, concentración y/o memoria, añoranza del fallecido, buscarle sabiendo que está muerto, falta de metas, sentimientos de inutilidad con respecto al futuro, dificultad de aceptar la muerte, vida sin sentido o vacía, sensación de culpa, de soledad, de que una parte de usted se ha muerto, excesiva irritabilidad, amargura, enfado en relación con la muerte, asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, sensación de indiferencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, atesorar objetos del fallecido, problemas con el alcohol, consumo de tabaco u otras drogas.
<b>Circunstancias de la pérdida</b>	¿Cuál fue la causa de la muerte de su ser querido? ¿Dónde murió? ¿Cómo tuvo lugar su muerte? ¿Cómo se sintió al darse cuenta de que estaba muerto? ¿Qué hizo en ese momento? ¿Cómo reaccionó? ¿Cómo reaccionaron los demás familiares? ¿Qué ritos funerarios se realizaron? ¿Cómo se sintió? ¿Se pudieron cumplir las últimas voluntades de su ser querido? En caso negativo, ¿Cómo se siente por ello? ¿Pudo despedirse de su ser querido?
<b>Historia de relación</b>	¿Cómo era él/ella? ¿Cómo describiría la relación? ¿Cómo fueron los instantes menos felices, aquellas dificultades que todos tenemos con nuestras relaciones? ¿Qué aspectos de la relación resultaban conflictivos? ¿Cómo los resolvían? En su relación con su ser querido, ¿Hay algo que haya dicho, hecho, dejado de decir o hacer y de lo que se arrepienta ahora?
<b>Funcionamiento familiar</b>	¿Qué es lo más característico de usted? ¿Cómo ha sido su vida antes de que todo esto pasara? ¿Qué dificultades ha tenido en el pasado? ¿Que hizo para afrontarlas? ¿Qué tal ha sido su salud hasta la actualidad? ¿Ha aparecido algún problema físico tras la muerte de su ser querido? ¿Cuál? ¿Qué medicamentos toma? ¿Ha necesitado ayuda psicológica por presentar ansiedad, depresión, abuso de alcohol u otras sustancias? ¿En qué medida le fue útil? ¿Cuál es su profesión? ¿Qué le gusta de su trabajo? ¿Sabe relajarse? ¿Se considera religioso/a o espiritual? ¿Qué creencias le ayudan? ¿Se considera extravertido/a? ¿Sabe disfrutar de la vida y de su tiempo? ¿Cuáles son sus aficiones? ¿Ha dejado de hacer cosas que le gustaban? ¿Cuántas horas suele dormir? ¿Hace ejercicio físico regularmente? ¿Cuántas horas a la semana? ¿Cree que lleva una dieta equilibrada? ¿Por qué? Describa la relación con sus familiares más próximos. Cómo describiría la comunicación con ellos en cuanto a la expresión de sentimientos. En qué medida se siente apoyado, escuchado por su familia. ¿Cuáles son los puntos fuertes de su familia? ¿Cuáles se pueden mejorar? De todas las personas que le rodean, ¿Quiénes son los más importantes para usted?

## Procedimiento

Tras la derivación de la paciente, y la posterior firma del consentimiento informado, se realizó una entrevista semiestructurada que fue grabada en audio, y se administraron las pruebas psicométricas previas al tratamiento.

## Resultados de la evaluación

La evaluación (un año tras la pérdida), evidenció que además del TDCP, la paciente obtuvo puntuaciones de problema de sintomatología ansiosa y depresiva, así como un problema de malestar emocional mixto. Por otra parte, la paciente obtuvo grandes niveles de afecto negativo, lo que se acompañó de una baja vitalidad. Sin embargo, la paciente, también

mostró afecto positivo, lo que se acompañó de una satisfacción con la vida entre moderada y elevada. En referencia a los valores en capacidad de atención al presente, encontramos en general, una baja capacidad para estar conectada con el momento presente, lo que se acompañó de niveles moderados de autocompasión.

Tras la intervención los valores de la paciente mejoraron notablemente, así después de la misma, su sintomatología de duelo complicado y de ansiedad disminuyó hasta los valores normativos, pero no sucedió lo mismo con la sintomatología depresiva. El afecto negativo disminuyó y la vitalidad aumentó, lo que se acompañó de una mayor capacidad de atender al presente y de una mayor autocompasión (**Tabla 3**).

**Tabla 3.** Puntuaciones en las escalas.

Escalas	Variables	Pre	Post	Interpretación
IDC*	Duelo complicado	44	23	< 25 duelo complicado
HADS†	Ansiedad	6	5	0-7 normal o ausencia, 8-10 caso probable, > 10 problema clínico
	Depresión	9	9	> 10 problema clínico
	Malestar emocional	15	14	≥ 20 problema clínico
PANAS‡	Afecto positivo	30	27	Puntuaciones de 0 a 30 en cada subescala (mayor afecto negativo o afecto positivo)
	Afecto negativo	30	15	
SWLS¶	Satisfacción con la vida	12	9	Puntuaciones de 0 a 25 (mayor satisfacción)
SVS**	Vitalidad	9	16	Puntuaciones de 0 a 30 (mayor vitalidad)
MAS††	Capacidad de atención al presente	26	36	Puntuaciones de 15 a 90 (mayor capacidad de atención al presente)
FFMQ‡‡	Observación	17	19	Puntuaciones de 8 a 40 (mayor observación, descripción o atención plena)
	Descripción	36	24	
	Capacidad de atención plena	27	15	
	No juzgar	15	25	Puntuaciones de 7 a 35 (mayor reacción con consciencia)
	Reaccionar con consciencia	16	24	
AUT¶¶	Autocompasión	91	94	Puntuaciones de 26 a 130 (mayor autocompasión)

**Nota=** \*Inventario de Duelo Complicado; †Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, ‡Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo; ¶Escala de Satisfacción con la vida; \*\*Escala de vitalidad; ††Escala de consciencia en el presente; ‡‡ Cuestionario de las Cinco Facetas de Atención al Presente ¶¶; Escala de Autocompasión.

**Fuente:** elaboración propia.

## Discusión

Son pocos los trabajos que han abordado la descripción de la intervención en casos de TDCP, mucho menos los centrados en situaciones donde el duelo se considera traumático, menos aún si la pérdida es debido al suicidio. Algunos casos describen la intervención en TDCP mediante la

combinación de psicoterapia y farmacología<sup>22</sup>, otros utilizando la terapia cognitivo conductual sobre todo a través de la exposición<sup>23</sup>, que se han mostrado útiles. No obstante, no hemos encontrado trabajos centrados específicamente en el TDCP por pérdida debido al suicidio. Nuestro trabajo puede ayudar a realizar una intervención focalizada en función del tipo de pérdida padecida.



## Conclusiones

La muerte de un ser querido es un evento que va a cambiar la vida de los dolientes por completo, si la muerte es no esperada y se considera estigmatizada como el caso del suicidio, existen mayores probabilidades de desarrollar TDCP<sup>1-2,6,20-21</sup>.

El caso que presentamos tiene la particularidad de haber sido evaluado tanto en factores de riesgo (duelo complicado, psicopatología, afecto negativo), como en factores de protección (afecto positivo, vitalidad, satisfacción con la vida, autocompasión y capacidad de atención al presente). En este caso, observamos a una paciente que en la evaluación inicial cumplía con los criterios de TDCP, y que tras la intervención mediante el protocolo MADED<sup>15</sup>, mejoró significativamente en los factores de protección, pero también en los de riesgo. La investigación se suele centrar en los factores de riesgo, dejando de lado los factores protectores<sup>22-23</sup>.

Ahora bien, nuestros resultados señalan la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección en las personas en duelo por suicidio, para poder desarrollar e implementar programas de intervención, teniendo en cuenta la importancia de las variables psicológicas en la adaptación a las pérdidas traumáticas. Así como continuar evaluando la eficacia del protocolo de intervención breve que se ha utilizado en el presente estudio, dados sus esperanzadores resultados iniciales. Futuras investigaciones podrían realizar muestreos propabilísticos y aleatorios para mejorar la representatividad de los datos, así como utilizar metodologías estadísticas como el ANCOVA y el cálculo del tamaño del efecto para valorar los resultados de manera generalizado. En concreto, resulta interesante, promover las intervenciones que potencien los factores de protección, como son la autocompasión y la atención al presente, ya que pueden ser una oportunidad para favorecer el bienestar físico y psicológico de los dolientes.

Los profesionales sanitarios deben de aumentar su conocimiento en factores de protección, ante el TDCP, para poder detectar de forma clara aquellos pacientes que lo padecen, para así realizar una derivación a los servicios de psicología, previniendo complicaciones futuras.

## Consideraciones éticas

Las autoras del manuscrito han obtenido el consentimiento informado de la paciente.

## Declaración de autoría

Todas las autoras han contribuido intelectualmente al trabajo, habiendo participado en el proceso de evaluación y tratamiento de la paciente, habiendo investigado la literatura científica, habiendo elaborado el artículo y realizando la evaluación final.

## Referencias bibliográficas

1. Arribas CS. Del duelo normal al duelo patológico: Abordaje psicológico. 2da ed. Sevilla, España: Punto Rojo Libros S.L.; 2020.
2. Barreto P, Soler M. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis S.A.; 2007.
3. Chaparro DL, Carreño SP, Carrillo GM, Gómez OJ. Effect of a social support intervention on caregivers of people with chronic disease. *Av Enfermer*. 2020; 38(1): 18-27.
4. Payás A. Las tareas del duelo, psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Paidós; 2010.
5. Yi PY. Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71051366.pdf>
6. Toro JL, Mesa L, Quintero JF. Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal. *MÉD.UIS*. 2017; 30(3): 89-100.
7. Barreto MP, de la Torre O, Pérez M. Detección del duelo complicado. *Psicooncología* 2012; 9(2-3): 355-68.
8. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud*. 2003; 27(2): 143-65.
9. Raphael B, Martinek, N. Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. En: J. Wilson y T. Keane. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 373-95.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
11. Alonso L, Ramos M, Barreto P, Pérez M. Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de vida y salud*. 2019; 12(1): 65-75.
12. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry*. 2007; 48(5): 395-9.
13. Bellosta-Batalla M, Ruiz-Robledillo N, Sariñana-González P, Capella-Solano T, Vitoria-Estruch S, Hidalgo-Moreno G, et al. Increased salivary IgA response as an indicator of immunocompetence after a mindfulness and self-compassion-based intervention. *Mindfulness*. 2018; 9(3): 905-13.
14. Proeve, M., Anton, R., Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychol Psychother*. 2018; 91(4), 434-49.
15. Alonso L, Barreto MP, Ramos M, Mesa P, Lacomba L, Pérez M. Mindfulness and grief: The MADED program Mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief. *Psicooncología*. 2020; 17: 105-16.
16. Barreto MP, Soler MC. Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Monografías Humanitas*. 2004; 2: 139-50.
17. Luciano MC, Cabello F. Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Anal mod cond*. 2001; 113(27): 399-424.

18. García-Cuenca IM, Carabajo-Álvarez E. Tratamiento del duelo en salud mental: una experiencia grupal. *Revista de psicoterapia*. 2015; 25(99): 115-33.
19. Alonso-Llácer L. Mindfulness y duelo: cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2017. Recuperado a partir de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=8q017n9YW5w%3D>
20. García-Viniegras CRV, Pérez-Cernida C. Duelo ante muerte por suicidio. *Rev Haban Cienc Méd*. 2013; 12(2): 265-74.
21. Garciandía-Imaz JA. Familia, suicidio y duelo. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013; 43(1): 71-9.
22. Prigerson HG, Shear MK, Frank E, Berry LC, Silberman R, Prigerson J, Reynolds CF 3rd. Traumatic Grief: a case of loos-induced trauma. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(7): 1003-9.
23. Boelen PA. Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: theoretical underpinnings and case description. *J Loss*. 2006; 11(1): 1-30.