

PREDICTORES DE DUELO COMPLICADO

Pilar Barreto*, Patricia Yi* y Carmen Soler**

* Universitat de València

** Hospital Pare Jofre. València

Resumen

OBJETIVO: Estudiar el proceso de evolución en sus primeras etapas tras la pérdida y determinar cuáles son los factores de riesgo y protección previos a la muerte que permiten predecir el surgimiento de posibles complicaciones en los familiares/cuidadores de pacientes oncológicos.

MÉTODO: Se evaluaron 236 dolientes cuyos familiares eran pacientes oncológicos atendidos en servicios de cuidados paliativos de Valencia y Madrid y se realizó un seguimiento en 2 momentos temporales: 2 y 6 meses tras la muerte, evaluándose la presencia/ausencia de complicaciones en el proceso de duelo mediante dos criterios diagnósticos (DSM e ICG).

RESULTADOS: Se encontró una gran estabilidad de las puntuaciones en los indicadores de duelo entre 2 y 6 meses post mortem. Respecto a los indicadores de riesgo pre-mortem se han encontrado como discriminativos entre los dolientes con/sin complicaciones: dependencia afectiva, expresiones de rabia y culpa, vulnerabilidad psíquica previa (antecedentes psicopatológicos y duelos anteriores no resueltos), la falta de control de síntomas durante toda la enfermedad del paciente y los problemas económicos.

Con respecto a los factores protectores que diferencian a los dolientes con/sin complicaciones son: capacidad para encontrar sentido a la experiencia, competencia en manejo de situaciones (sentimientos de utilidad, planificación de actividades agradables, capacidad de generar alternativas) y gestión de emociones. También la capacidad de auto cuidado, de ex-

Abstract

AIM To examine the evolution of first moment's grief and determine which risk and protective factors pre loss may predict future complications in oncology patient's caregiver's grief.

METHODS There have been assessed 236 oncology's patient's griever's from Valencia and Madrid palliative care settings. Structured interview following DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, 2002) complicated grief criteria and Inventory of Complicated Grief (ICG Prigerson & Jacobs 2001) administered 2 and 6 mo. post-loss

RESULTS Similar answer patterns were found at 2 and 6 mo. post-loss in griever's (with and without complicated grief). Best complicated grief predictors were caregiver's dependency, anger and guilt, previous grief problems (previous psychiatric problems and previous unresolved grief problems), symptoms without control during end of life last days and financial problems.

Best protective factors that predicts between complicated/uncomplicated griever's were: capacity to find sense to the death, ability to manage difficult situations and emotions. It was also considered self care, express positive emotions and confidence in their own recovery.

Binary logistic regression show how the variables: dependency, guilt, previous unresolved grief problems, symptoms without control during all illness trajectory and financial problems predicts complicated grief.

CONCLUSIONS Similar patterns of answers at 2 and 6 months post-loss in griever's with

Correspondencia:

Pilar Barreto

Facultad de Psicología

Universidad de Valencia

Avda. Blasco Ibáñez 21, Valencia 46010, España

E-mail: Pilar.Barreto@uv.es

perimentar emociones positivas y la confianza en la propia recuperación.

La regresión logística binaria muestra cómo las variables: dependencia, culpa, duelos anteriores no resueltos, síntomas sin control durante todo proceso de enfermedad y problemas económicos predicen complicaciones.

CONCLUSIÓN: Similares complicaciones presentes a los 2 y 6 meses post mortem sugieren la posibilidad de intervención temprana. Es importante también intervenir antes de la muerte en los factores de riesgo modificables que predicen futuras complicaciones. Atención especial a la dependencia, la rabia y la culpa así como a la promoción de recursos que muestran ser grandes facilitadores de la adaptación.

Palabras claves: Duelo, evolución de la pena, factores de riesgo, protectores, predicción de duelo complicado.

and without complicated grief suggest the possibility of earlier grief support. It is important to prevent grief complications by working in grief changeable risk factors before the death of the patient. Special attention has to be made toward dependency, anger, guilt and also resources enhancement as they facilitate grievers to adapt their new situation.

Key words: Bereavement, grief development; risk factors, protectors, prediction of complicated bereavement.

La muerte por cáncer

La idea de pérdida y de duelo está presente desde el mismo momento del diagnóstico de cáncer y acompaña al paciente y a su familiar a lo largo de todo el proceso de enfermedad. Durante el diagnóstico surgen una serie de miedos asociados a la muerte, al dolor, a la incapacidad, a la alteración del esquema corporal, a ser abandonados, al cambio, y a la pérdida del proyecto de vida. La adaptación del paciente y del familiar a la enfermedad implica asumir las sucesivas pérdidas que se van presentando y en esencia el cáncer nos hace a todos reflexionar sobre la vida, el presente, pasado y futuro.

La muerte por cáncer representa la crónica de una muerte anunciada, sin embargo no siempre se está preparado y algunas veces es vivido como el fracaso de una tecnología que por momentos nos hace olvidar que somos después de todo mortales. En ocasiones la muerte oncológica sobreviene demasiado apri-

sa, de manera que no hay tiempo para adaptarse a la enfermedad y sus implicaciones, otras la muerte ocurre después de muchos meses o años de sufrimiento y los familiares arriban agotados física y mentalmente producto del cuidado que ha demandado el paciente.

En España mueren aproximadamente 369.564 (año 2004) personas al año de los cuales 96.907 (26,22%) son causadas por cáncer, siendo la mayoría de los enfermos oncológicos hombres (63%)⁽¹⁾.

El duelo

El duelo es el proceso psicológico que se produce a partir de la pérdida por la muerte de una persona querida. Es una experiencia humana universal, única y dolorosa. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida la llamamos elaboración del duelo y conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación.

El DSM-IV-TR⁽²⁾ define al duelo como una entidad susceptible de recibir aten-

ción clínica que podría ocasionar síntomas similares a la depresión mayor, al estrés postraumático, tristeza, insomnio y anorexia, siendo la evolución crónica e implicando grandes dosis de padecimiento y considerables gastos sanitarios⁽³⁻⁶⁾. Se ha encontrado que en los cuidadores altamente estresados aumenta el riesgo de sufrir problemas en la salud y de depresión⁽⁷⁻⁹⁾, así como se incrementa la tasa de mortalidad^(10,11) y de complicaciones en el duelo^(7,8).

Abundando en las consecuencias adversas que puede suponer el duelo, estudios recientes encuentran que un tercio de las consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos y que de ellas, una cuarta parte se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida⁽¹²⁻¹⁴⁾.

El estudio del proceso del duelo ha llevado a los investigadores y clínicos a dilucidar una serie de manifestaciones fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales del duelo. Diversos autores (Bowlby, Parkes y Kübler-Ross) plantearon la existencia de unas fases por las que los dolientes transcurrían dentro del llamado duelo normal: negación, anhelo, ira, depresión y aceptación. El estudio empírico del proceso⁽¹⁵⁾ ha mostrado que estas fases efectivamente se hallan en el proceso normal pero también ha puesto de manifiesto algunos aspectos antes no considerados, como por ejemplo que la aceptación es un indicador que se presenta desde el primer momento que se conoce la muerte del ser querido pero que el punto de su máxima expresión ocurre a los 2 años, al parecer momento en el que la persona realmente aceptaría emocionalmente la muerte. Por otro lado, los llamados indicadores adversos o negativos (negación, anhelo, ira y depresión) tienen todos sus picos máximos de aparición antes de los 6 meses de la muerte.

Duelo complicado

Al duelo que no sigue el curso esperado se le suele denominar duelo complicado (DC), patológico, crónico, etc. El DC interfiere sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud y tal como afirma Maddocks⁽¹⁶⁾ esto puede durar años e inclusive cronificarse indefinidamente.

Poco se sabe respecto a la prevalencia de DC dado que el término es relativamente de reciente creación, pero a partir de la evidencia clínica, Jacobs⁽¹⁷⁾ ha estimado un porcentaje de entre el 10-20% las personas que tienen problemas en la resolución de su duelo, Bonanno y Kaltman⁽¹⁸⁾ apuntaron un 10-15% de acuerdo a sus muestras de dolientes y, Maercker et al⁽¹⁹⁾ encontraron sólo un 7,4% de personas con DC en una muestra de personas mayores. Las diferentes poblaciones evaluadas y los criterios clínicos diferenciales dan razón de estas discrepancias.

Si estimamos que cada difunto deja un promedio de 5 dolientes⁽²⁰⁾ y de ellos el 15% aproximadamente desarrollará DC, tendremos que unos 300,000 personas con DC y, de éstos específicamente unos 72.680 familiares de pacientes fallecidos por cáncer por año desarrollarán DC.

La línea que separa el duelo normal del DC puede resultar muy fina y se requiere tener unos criterios claros y útiles en el diagnóstico para poder decidir e intervenir psicológicamente. Tradicionalmente se utilizaba una clasificación según el tipo de complicación (duelo anticipatorio, crónico, retardado y represivo o evitativo⁽²¹⁾) sin embargo actualmente se intenta afinar la delimitación utilizando aquellos indicadores que configuran el diagnóstico, siendo los más utilizados en la investigación

DSM-IV-TR⁽²⁾ y el consensuado por un amplio grupo de investigadores, liderado por Prigerson y operativizado en un cuestionario denominado "Inventario de duelo complicado" (ICG). Ambos criterios recogen aspectos diferentes del fenómeno, en el DSM se incluye fundamentalmente la posible psicopatología del duelo, mientras que el ICG recoge las respuestas, en principio normales, de duelo que se derivan de los procesos de vínculo y aquellas que hacen referencia al afrontamiento al estrés. También es importante anotar que el criterio DSM está consolidado y aceptado en este campo y el ICG aún se encuentra sometido a revisión mediante la investigación.

Otra cuestión interesante sometida a debate se refiere al momento en que pueden diagnosticarse las complicaciones en el proceso, con el mínimo error posible. La propuesta del DSM es que este momento no debe ser inferior a los 6 meses tras la pérdida. Sin embargo, el grupo de Prigerson insiste tras los resultados de su investigación y la experiencia de los clínicos que lo componen en que las complicaciones que se detectan a los 6 meses, están presentes ya desde los 2 meses tras la pérdida⁽³⁾.

Factores de riesgo y factores de protección

La experiencia advierte de la existencia de factores vinculados a resultados pobres en la resolución adecuada del duelo. Un factor de riesgo es un aspecto del estilo de vida o conducta personal, una situación ambiental o una característica innata o heredada que, sobre la base de la evidencia epidemiológica, se sabe asociado a condiciones relativas a la salud que se considera importante prevenir. Los factores de riesgo en el proceso de duelo aumentan el peligro de enfer-

medad incidiendo sobre el impacto en la salud (factor de vulnerabilidad) o en la velocidad de recuperación (factor de recuperación)⁽²²⁾. Los factores de riesgo de duelo generales son factores de la personalidad o del contexto social que afectan la salud de dolientes y no dolientes y se subdividen en: factores que modulan los efectos del duelo y factores con efectos específicos en el duelo. Por ejemplo: El nivel socio-económico está relacionado a la salud en general pero no se ha probado que module los efectos del duelo^(23,24). Por el contrario, el apoyo social parece estar relacionado a la salud en la población general y también intensifica el impacto del duelo o enlentece su recuperación^(25,26). Factores de riesgo de duelo específico son aspectos de la situación de la muerte/duelo que influyen en el impacto que tiene la pérdida o en su recuperación. Por ejemplo, las circunstancias que rodean la pérdida, como en el caso de una muerte súbita que tendrá mayores consecuencias para el bienestar del doliente que si la muerte fuera previsible⁽²⁷⁾.

Desde una perspectiva clínica salutogénica es importante conocer, además de los factores de riesgo, los factores que pueden proteger a las personas que van a experimentar un proceso de duelo. Uno de los factores protectores más estudiados es el papel de las creencias religiosas y el apoyo social⁽⁴⁾. Las personas practicantes de una determinada confesión religiosa recibirían no sólo apoyo espiritual sino también apoyo social de los mismos asistentes al grupo, característica común en países anglosajones de donde proceden dichas investigaciones. En cambio en nuestro medio, el apoyo social es principalmente recibido de los propios familiares, por ello en nuestro ámbito la influencia de las creencias religiosas se vería matizado por este fenómeno⁽²⁸⁾.

En estos momentos la investigación empírica sobre los factores protectores de DC está en sus inicios pero todo indica que los términos de resiliencia, crecimiento post-traumático, personalidad fuerte (*hardiness*) serán ejes en este nuevo campo⁽²⁹⁻³⁴⁾. Resiliencia es la habilidad de una persona expuesta a un evento potencialmente disruptivo, como la muerte de un ser querido o una situación en que peligra la vida, a mantener unos niveles relativamente estables de funcionamiento psíquico y físico saludables⁽²⁹⁾. Existirían muchas vías para llegar hacia la resiliencia, entre ellas: buena salud, visión positiva del mundo, rasgo de personalidad fuerte (*hardiness*), auto engrandecimiento (*self-enhancement*), afrontamiento represivo (*repressive coping*), y emociones positivas/risa. A efectos del duelo se menciona como factores psicológicamente protectores: la aceptación de la muerte, el creer en un mundo justo, y el apoyo instrumental.

Varios investigadores han estudiado los indicadores de duelo complicado^(4,5,35-37), generalmente identificando algún indicador relacionado significativamente a la presencia de duelo complicado o simplemente entrevistando a expertos por aquellos factores que según su criterio se presentan más frecuentemente en su práctica clínica. Sin embargo, hasta la fecha desconocemos un estudio que tome varios indicadores significativos de una manera combinada e integrada, para intentar predecir la presencia o no de complicaciones en el duelo. El trabajo de Tomarken⁽⁶⁾ es lo más parecido a ello pero la meta de aquél trabajo fue el duelo pre-mortem (antiguamente llamado duelo anticipado) y no las complicaciones posteriores al éxitus. En este sentido, aunque los hallazgos son de gran utilidad, sería interesante estudiarlos en conjunto y apresar su poder diferencial en la predicción.

En esta investigación hemos considerado indicadores vinculares, afectivos, de vulnerabilidad, contextuales y familiares que han presentado evidencia previa en las investigaciones.

Desde hace aproximadamente veinte años el grupo encabezado por Stroebe⁽³⁸⁾ han venido trabajando con una categorización de los indicadores de riesgo de complicaciones en el duelo, el cual divide los factores en tres apartados: situacionales, intra-personales e inter-personales. Recientemente este mismo grupo Stroebe et al⁽³⁹⁾ han propuesto un marco integrador de factores de riesgo que pretende entender las diferencias individuales en la adaptación al duelo y propiciar un análisis sistemático de los factores que contribuyen al resultado del duelo, derivado de la teoría cognitiva del estrés de Lazarus y Folkman⁽⁴⁰⁾ y el modelo del proceso dual para el afrontamiento al duelo de Stroebe y Scout⁽⁴¹⁾. Podríamos resumir este progreso a través de una variable —el resultado del duelo—, en la década de los 80 la preocupación primordial residía en la comprensión del resultado del proceso del duelo en términos de salud. Al día de hoy, sin abandonar el interés por las consecuencias físicas y psicológicas del duelo en los dolientes, la variable se ha visto robustecida con otras perspectivas que comportan, por ejemplo, aspectos sociales, cognitivos, inter e intra personales, etc. El balance después de todos estos años indica que existen dos áreas de investigación que han cobrado fuerza: los aspectos vinculares y los aspectos protectores.

Apoyo psicológico y factores de riesgo/protección

El apoyo al duelo es parte de los servicios que se ofrecen a los familiares/cuidadores de los pacientes con cán-

cer en cuidados paliativos⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. Con el fin de planificar adecuadamente estos servicios sería interesante identificar anticipadamente a las personas que podrían tener problemas al afrontar su duelo⁽³⁶⁾, e intervenir de ser posible para disminuir los efectos de los factores de riesgo. Tal como dice Kissane, las necesidades de todos los miembros de la familia son importantes pero en distinta medida. Una persona puede exhibir una vulnerabilidad excepcional en cierto momento que requiera mayor atención que los otros familiares⁽⁴⁵⁾. La atención al duelo disminuye el sufrimiento innecesario y, al mismo tiempo, hace posible que se apoye a los casos más urgentes, de esta manera, previene problemas médicos adicionales en estas personas y de esta manera se reduce la carga de trabajo en el sistema sanitario público.

Los objetivos de la investigación son 1) determinar la evolución del duelo (complicado y no complicado) a través de las variables que definen el duelo en dos momentos temporales (2 y 6 meses post mortem), 2) Identificar entre los factores de riesgo estudiados aquellos que permitan detectar precozmente aquellos dolientes con complicaciones en su duelo y diferenciarlos de los que

no las presentan durante en los dos momentos temporales, y finalmente, 3) Identificar entre factores protectores estudiados aquellos que permitan detectar precozmente los dolientes con complicaciones en su duelo y diferenciarlos de los que no las presentan en los dos momentos temporales.

MÉTODO

Sujetos

Un total de 236 familiares/cuidadores principales de pacientes oncológicos procedentes de las admisiones a los hospitales, equipos de soporte, equipos de atención domiciliaria y atención primaria de Valencia y Madrid fueron incluidos. Un cuidador principal por paciente, identificado por el profesional sanitario. De la muestra total de 236 parejas se han extraído dos submuestras de 110 y 44 sujetos respectivamente, en la Tabla 1 observamos esos datos.

Criterio de inclusión: se incluyó al cuidador principal (aquél al cual el profesional sanitario usualmente se dirige para hablar sobre el paciente y lleva más de 20 horas semanales cuidando al enfermo). Los cuidadores debían proveer cuidados a los pacientes adultos y de-

Tabla 1. **Esquema de valoración y momentos temporales.**

	Antes fallecimiento	2 meses post mortem	6 meses post mortem
Indicadores riesgo	236:127 Valencia, 113 Madrid	111	110
Indicadores protección	71	44	44
Moduladoras pre.	154		
Criterios de DC		116	110

bían consentir participar en la investigación.

Criterio de exclusión: Se excluyen los familiares de pacientes cuyo desenlace es repentino, aquellos que carecen de apoyo familiar o no se dispone de datos sobre ellos y los cuidadores que no fueran personas susceptibles de duelo o que estaban siendo remunerados por dispensar cuidados al paciente.

Instrumentos

1. Pauta de Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo ^(61,62). La validez de construcción de esta pauta está basada en la utilización de diferentes criterios verificados en diversos estudios y refrendada por la opinión de expertos (ver tabla 2).
2. Pauta de Protectores de Duelo Complicado ⁽⁶³⁾ (ver tabla 3).

3. El conjunto de indicadores del DSM-IV-TR⁽²⁾ (en adelante DSM) se considera que un sujeto presenta complicaciones si puntúa afirmativamente al menos en 4 de los 6 indicadores.
4. Inventario de Duelo Complicado de Prigerson y Jacobs⁽³⁾ (en adelante ICG) se considera que existen complicaciones cuando el sujeto puntúa positivamente en al menos 9 de los 15 indicadores.
5. Una valoración clínica realizada por un investigador experto en la problemática de duelo (En adelante CE). La valoración indica si existe o no duelo complicado a los 6 meses tras el fallecimiento.

Procedimiento

Se realiza por parte de un miembro del equipo sanitario una Evaluación

Tabla 2. **Diecisiete indicadores de riesgo (3 opciones de respuesta).**

<i>Tipos de Variables</i>	
Relativas al Vínculo: – Intensidad del vínculo – Ambivalencia – Dependencia afectiva	Indicadores contextuales: Relativos a la enfermedad: – Demora diagnóstica – Progresión rápida de la enfermedad – Conocimiento del pronóstico por el familiar – Duración de los cuidados – Síntomas sin control durante todo el proceso – Síntomas sin control en los últimos días
Indicadores Afectivos: – Rabia – Culpa – Incapacidad de expresión de emociones	
Indicadores de Vulnerabilidad psíquica: – Antecedentes psicopatológicos – Duelos anteriores no resueltos	Familiares: – Problemas económicos – Presencia de niños, minusválidos, dependientes – Falta de apoyo familiar

Tabla 3. **Diez factores de protección.**

Tipos de Variables: Cuantitativas (3 opciones de respuesta)	
Referidas a cogniciones (interpretaciones y creencias)	<ul style="list-style-type: none"> — Creencias religiosas — Confianza en la propia recuperación — Capacidad de encontrar sentido — Sentimientos de utilidad en el cuidado
Referidas a manejo de situaciones	<ul style="list-style-type: none"> — Capacidad de planificación ante las dificultades — Capacidad de plantear diferentes alternativas para una situación problema
Referidas a manejo de situaciones	<ul style="list-style-type: none"> — Capacidad de comunicación — Capacidad de Autocuidado — Capacidad de sentir emociones positivas — Planificación de actividades agradables

Inicial en el mes previo a la muerte —hasta una semana después del fallecimiento—. Posteriormente un psicólogo especializado en duelo realiza un seguimiento de los casos a los 2 y 6 meses del fallecimiento. Esta investigación ha sido informada favorablemente por la Comisión de investigación de la Facultad de Psicología de Valencia así como por la Comisión de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Moliner de Valencia.

RESULTADOS

El acuerdo entre criterios de duelo complicado (DSM-ICG) es de 0,61 según el coeficiente Kappa de Cohen, indicando una moderada relación entre los mismos observándose que el criterio DSM es más conservador y el obtenido mediante el ICG más comprensivo. El coeficiente "alfa" de Cronbach para las medidas estandarizadas de duelo es de 0,73 en el DSM y de 0,84 en el ICG.

Características de la muestra

En la muestra general, los dolientes son en su mayoría de más de 60 años, predomina ampliamente el género femenino y la ocupación sólo en el hogar. Respecto a los pacientes oncológicos más de la mitad de la muestra es mayor de 65 años y la mayoría ha fallecido en el hospital. El 50% de los casos recibió los cuidados en el hogar mientras que el restante en los recursos asistenciales. En el caso de las otras dos submuestras la representación es similar.

En cuanto a factores de riesgo nuestra muestra destaca por una gran intensidad de vínculo entre doliente y fallecido, una buena capacidad de expresión de emociones, un buen conocimiento del pronóstico del enfermo y amplio apoyo social. Mientras que en los factores de protección la capacidad de comunicación es mediana y gran predominio de los sentimientos de utilidad, capacidad media para planificar actividades y para generar alternativas ante las dificultades.

Los descriptivos de las variables criterios nos informan que el criterio más conservador resulta ser el de la clasificación DSM seguido del ICG y el más comprensivo (mayor número de casos registrados) el del experimentador. La figura 1 lo representa gráficamente.

Evolución de los indicadores de complicaciones en el duelo

Llama poderosamente la atención la gran similitud del patrón de respuestas obtenido a los 2 y a los 6 meses, tan-

to en la muestra general como en los subgrupos de dolientes con y sin complicaciones, apoyando ampliamente los planteamientos de Prigerson⁽³⁾ respecto a la presencia temprana (2 meses tras el fallecimiento) de las manifestaciones de duelo complicado apresadas a los 6 meses (Ver figura 2).

Con el fin de asegurarnos de tal relación, hemos analizado mediante la ρ de Spearman la estabilidad de tales puntuaciones en los dos momentos. Los resultados apoyan ampliamente la evidencia observada anteriormente (ver tabla 4).

Figura 1. **Representación gráfica de los porcentajes de personas con duelo complicado según los tres criterios.**

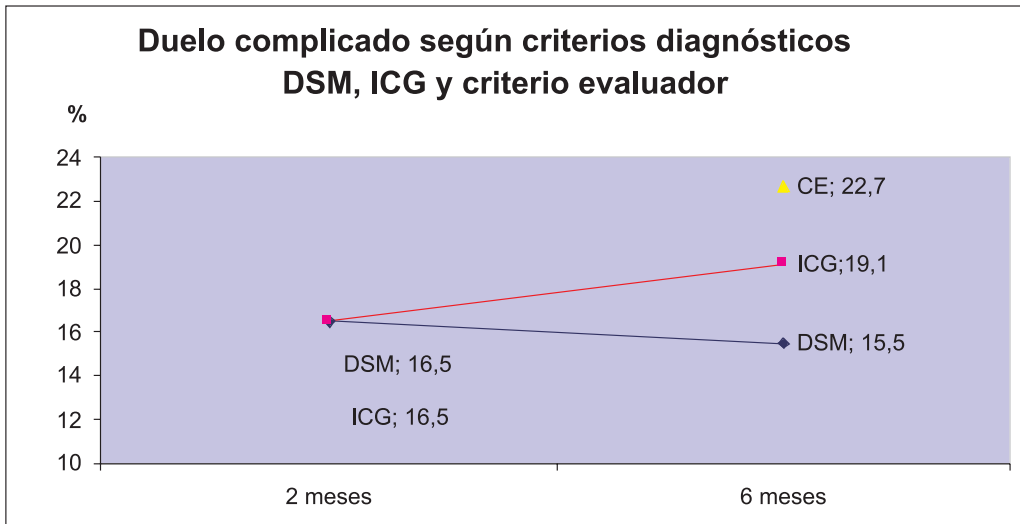
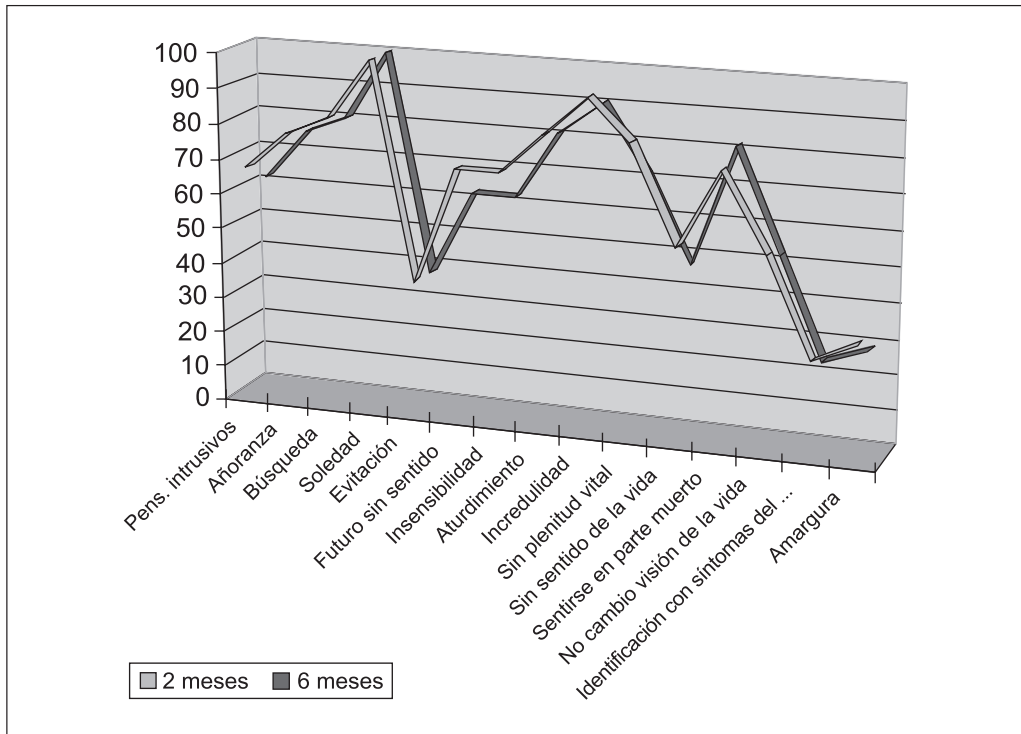


Tabla 4. **Correlación entre las variables de riesgo de duelo complicado según el criterio DSM a los 2 y 6 meses (n=110).**

	Rho de Spearman
Criterio DSM 2 y 6 meses	0,803(**)
Criterio ICG 2 y 6 meses	0,911(**)
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).	

Figura 2. **Porcentajes de respuestas presentes a los ítems del criterio de diagnóstico ICG de los dolientes con duelo complicado a los 2 y a los 6 meses (n=110).**



Si afinamos en el análisis, investigando el comportamiento de los distintos indicadores contenidos en el criterio DSM, todas las correlaciones son superiores a 0,85, excepto la actividad en tareas cotidianas que es de 0,74. Con referencia al ICG todas las correlaciones son superiores a 0,90. También en su totalidad significativas con un nivel de 0,001.

Por otra parte, los distintos indicadores de cada una de las medidas criterioales presentan claramente diferentes evoluciones en los dos grupos de sujetos (con y sin complicaciones) indicando claramente que las diferencias entre ellos están referidas a la intensidad de la respuesta y no a la presencia o ausencia de los mismos.

Análisis bivariados de los factores de riesgo en función de los tres criterios

A los 2 meses, con el criterio DSM se observan diferencias entre los dos grupos de dolientes en: dependencia, rabia y culpa, antecedentes psicopatológicos y duelos anteriores no resueltos, síntomas sin control durante todo el proceso y en los últimos días y- problemas económicos. En este mismo período, con el criterio ICG, se observan diferencias en las mismas variables excepto la rabia que en este caso no arroja diferencias significativas aunque el efecto Cramer indica que con un mayor tamaño muestral posiblemente se exhibirían. Por último, este criterio añade una variable diferencial de tipo contextual que se refiere a la demora diagnóstica.

A los 6 meses, las variables de riesgo que diferencian los dos grupos de dolientes (según criterio DSM) son las mismas que lo hacían a los 2 meses más la demora diagnóstica. Si utilizamos el criterio ICG, también obtenemos que son las mismas variables las que discriminan en este período temporal que las que lo hacían en el anterior de 2 meses. Finalmente, el CE apresa diferencias en las mismas variables excepto la demora diagnóstica y la progresión rápida de la enfermedad (ver tabla 5).

Análisis bivariados de los factores de protección según los tres criterios

Con el criterio DSM se observan diferencias a los 2 meses en la capacidad de encontrar sentido, sentimientos de utilidad, planificación de actividades agradables y capacidad de generar alternativas. En este mismo período con el criterio ICG, sólo observamos diferencias en cuanto a gestión de emociones, a saber, en la capacidad de experimentar emociones positivas. A los 6 meses, los protectores que diferencian a las dos muestras (criterio DSM) son los mismos que en el período anterior, añadiéndose en este caso la variable cognitiva de confianza en la propia recuperación. Por otro lado, con el criterio ICG encontramos diferencias en sentimiento de utilidad, planificación de actividades agradables y capacidad de experimentar emociones positivas. Finalmente el criterio del evaluador diferencia entre los sentimientos de utilidad, la planificación de actividades agradables y capacidad de experimentar emociones positivas.

Análisis multivariantes

En este tipo de análisis intentamos hallar el conjunto de variables que per-

mitan predecir complicaciones en el proceso de duelo y para ello se ha elegido la regresión logística binaria (método de selección de variables por pasos), dado que la variable dependiente a predecir es dicotómica (binaria), aplicándola a cada criterio de duelo complicado, —DSM e ICG— por separado.

a) Análisis de regresión según el criterio diagnóstico ICG

Las variables introducidas en este análisis son aquellas que en los análisis bivariados arrojaban diferencias significativas entre las personas con y sin duelo complicado: VI04_Dependencia del cuidador hacia el paciente, VI09_Culpa, VI10_Síntomas sin control durante todo el proceso de enfermedad, VI16_Problemas económicos del cuidador, VI05_Antecedentes psicopatológicos, VI06_Duelos anteriores no resueltos, VI11_Síntomas sin control en los últimos días de la enfermedad. Como puede observarse en la Tabla 6, después de efectuar la regresión el porcentaje sujetos clasificados correctamente es del 88,1% (ver la tabla 6).

La varianza que explica este modelo de regresión se encuentra entre los valores de R^2 de Cox y Snell de 0,262 y R^2 de Nagelkerke de 0,420. En síntesis, si consideramos las cuatro variables que se refieren a dependencia, culpa, problemas económicos y síntomas sin control conjuntamente, la posibilidad de predecir adecuadamente complicaciones en el duelo es en principio de un 88%. La variable 4_dependencia duplica así la probabilidad de predicción, la variable 9_culpa la triplica y lo mismo sucede con los síntomas durante todo el proceso y los problemas económicos.

b) Análisis de regresión según el criterio diagnóstico DSM

Nuevamente, las variables introducidas en este análisis son aquellas que en

Tabla 5. Diferencias χ^2 entre sujetos con duelo complicado y no complicado (con los 3 criterios de duelo complicado DSM, ICG y CE) en función de factores de riesgo (2m n=115; 6m n=110)

Valoración de riesgo de duelo complicado	DSM 2meses			ICG 2 MESES			DSM 6 MESES			ICG 6 MESES			CE 6 MESES		
	χ^2	p	v-cramer	χ^2	p	v-cramer	χ^2	p	v-cramer	χ^2	p	v-cramer	χ^2	p	v-cramer
Intensidad_vinculo	3,325	0,161	0,170	2,371	0,240	0,144	3,278	0,194	0,173	3,178	0,207	0,170	4,271	0,128	0,197
Ambivalencia en relación	0,097	1,000	0,029	0,339	0,820	0,054	0,360	0,846	0,057	0,445	0,872	0,640	0,137	1,000	0,035
Dependencia ^b	13,084	0,001**	0,337	9,083	0,011**	0,281	18,038	0,000**	0,342	9,919	0,007**	0,300	12,723	0,002**	0,340
Reacciones_rabia	6,988	0,042*	0,247	0,472	0,776	0,064	7,977	0,021*	0,269	5,344	0,760	0,220	13,490	0,002**	0,350
Culpa	7,674	0,02*	0,258	7,674	0,02*	0,258	7,065	0,038*	0,253	9,967	0,01**	0,301	8,978	0,015*	0,286
Expresión_sentimientos	0,193	0,924	0,041	0,193	0,924	0,041	0,099	1,000	0,030	0,660	0,678	0,077	0,892	0,715	0,090
Anteced_psiopatológicos	11,037	0,006**	0,310	6,366	0,047*	0,235	12,853	0,003**	0,392	13,501	0,002**	0,350	14,069	0,001**	0,358
Duelos_anteriores no resueltos	26,492	0,000**	0,480	16,440	0,001**	0,378	28,993	0,000**	0,513	13,063	0,003**	0,345	17,950	0,001**	0,404
Demora_diagnóstica	5,390	0,059	0,216	1,327	0,511	0,107	8,011	0,024*	0,270	2,581	0,302	0,153	3,334	0,193	0,174
Progresión enfermedad	5,044	0,088	0,210	6,074	0,045*	0,231	4,673	0,099	0,207	4,785	0,092	0,210	3,656	0,161	0,183
Conocimiento_pronóstico	0,698	0,403	-0,078	0,000	1,000	-0,001	0,015	1,000	-0,012	0,051	1,000	0,022	0,282	0,596	0,051
Duración_cuidados	1,889	0,389	0,128	0,659	0,707	0,076	0,320	0,911	0,054	0,476	0,863	0,066	0,845	0,708	0,088
Sintomas_todo proceso	12,731	0,003**	0,333	11,468	0,004**	0,316	15,813	0,001**	0,379	15,218	0,001**	0,372	18,831	0,000**	0,414
Sintomas_últimos días	5,679	0,054	0,223	7,313	0,025*	0,253	7,727	0,019*	0,266	9,061	0,012*	0,288	12,447	0,003**	0,338
Probs_económicos	6,051	0,04*	0,229	8,952	0,019*	0,279	8,112	0,02*	0,272	16,980	0,002**	0,393	16,960	0,001**	0,393
Dependientes	2,048	0,370	0,133	2,048	0,370	0,133	5,611	0,078	0,226	1,673	0,448	0,123	2,540	0,326	0,152
Apoyo_socio-familiar	0,309	1,000	0,052	0,611	0,752	0,075	2,410	0,282	0,148	4,454	0,106	0,206	4,013	0,114	0,191

^a todos los valores de la prueba χ^2 son con el método Monte Carlo excepto los que se indiquen con ^b

^b prueba de χ^2 con el método asintótico

* (p<.05)
** (p<.01)

Tabla 6. **Resultados del análisis de regresión logística binaria con las variables de riesgo contenidas en el ICG**

	Variables en la ecuación					
	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)
Dependencia	-,830	,407	4,161	1	,041	,436
Culpa	-1,250	,515	5,892	1	,015	,286
Síntomas sin control_ últimos días	-1,107	,401	7,611	1	,006	,331
Problemas económicos	-1,205	,501	5,783	1	,016	,300
Constante	8,302	1,607	26,701	1	,000	4032,768

los estudios bivariados arrojaron diferencias significativas entre las personas con y sin duelo complicado: Vi04 Dependencia del cuidador hacia el paciente, Vi05 Antecedentes psicopatológicos, Vi06 duelos anteriores no resueltos Vi07 Reacciones de rabia por parte del cuidador, Vi09 Sentimientos de culpa, Vi10 Síntomas durante todo el proceso de enfermedad, Vi11 Síntomas en los últimos días, Vi12 Demora diagnóstica de la enfermedad, Vi16 Problemas económicos. De manera similar al análisis anterior la

introducción de datos en la ecuación de regresión logística fue por pasos, obteniendo finalmente una clasificación adecuada de las personas con duelo complicado del 88.1%. Como puede verse, la dependencia, los duelos anteriores no resueltos y los síntomas sin control durante todo el proceso son las variables que mejor parecen clasificar a los sujetos. La varianza que explica este modelo de regresión se encuentra entre los valores de R² de Cox y Snell de 0,256 y R² de Nagelkerke de 0,441 (ver la tabla 7).

Tabla 7. **Análisis de regresión de las variables de riesgo según el criterio de diagnóstico DSM**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	B
Dependencia	-1,424	,506	7,934	1	,005	,241
Duelos anteriores no resueltos	-1,222	,512	5,689	1	,017	,295
Síntomas sin control durante todo proceso	-1,058	,442	5,739	1	,017	,347
Constante	8,485	1,765	23,124	1	,000	4843,903

DISCUSIÓN

Determinar la evolución del duelo, el primer objetivo de la investigación, en dos momentos temporales (2 y 6 meses) se cumple y se observa que las puntuaciones de los dolientes (con y sin duelo complicado) son prácticamente coincidentes en los dos momentos temporales no apareciendo diferencias significativas entre ellos en absoluto. Estos resultados apoyan los planteamientos del grupo de consenso liderado por H. Prigerson y publicados por Prigerson y Jacobs⁽³⁾.

Los autores mencionados indicaron la necesidad de abundar en la investigación sobre este tema ya que aunque la evidencia empírica acumulada hasta este momento coincide con lo expresado en el DSM acerca de la pertinencia de hablar de complicaciones a los 6 meses del fallecimiento del familiar, remarcan la necesidad de investigar lo que sucedía a los dos meses dado que si las complicaciones ya estaban presentes en este momento, sería importante empezar a facilitar ahí el alivio del sufrimiento y no esperar 4 meses más. Al menos en nuestra muestra de sujetos los resultados apoyan tal planteamiento por lo que pueden resultar de gran utilidad clínica para las personas en estas circunstancias.

Respecto a la evolución diferencial de los distintos indicadores definitorios de duelo según los dos criterios estandarizados utilizados, los resultados muestran que las puntuaciones en los indicadores son estables al menos en el período comprendido entre los 2 y los 6 meses tal como exponíamos anteriormente, pero además, observamos como todos los indicadores están presentes en cierta medida en todos los dolientes. La diferencia entre los sujetos que desarrollan complicaciones con aque-

llos que no las desarrollan no es pues cualitativa sino cuantitativa, es decir, las respuestas de duelo son todas adaptativas en principio, lo que determina las complicaciones es su intensidad. Estos datos concuerdan con los planteamientos recientemente publicados por Maciejewski et al⁽¹⁵⁾ acerca de la evolución de las manifestaciones del duelo a lo largo de todo el proceso.

El segundo objetivo, identificar los factores de riesgo que mejor discriminan entre los dos grupos de dolientes se ha alcanzado en la medida que se ha identificado que en relación al vínculo, la dependencia arroja claras diferencias entre los grupos en los dos momentos temporales, apoyando la evidencia previa informada por investigadores como Bonanno et al⁽⁴⁶⁾ acerca de la relevancia de esta variable como gran predictora del desarrollo del duelo de tipo crónico. Más aún se ha encontrado que los indicadores afectivos más relevantes en cuanto a su poder diferenciador son la rabia y la culpa, ya informados también previamente en trabajos como el de Worden⁽⁴⁷⁾, Parkes et al⁽⁴⁸⁾ abundando en los informes iniciales de Freud de 1917⁽⁴⁹⁾. Estas referencias provienen de aportaciones teóricas y en su mayoría hacen referencia a elementos culturales. Si que contamos, no obstante, con cierta evidencia empírica respecto a la culpa en muestras de padres que han perdido a un hijo^(50,51) o en mujeres jóvenes⁽⁵²⁾. Además, los dos indicadores de vulnerabilidad previa arrojan gran poder diferenciador, nos referimos a los duelos anteriores no resueltos y a las psicopatologías preexistentes. Resulta coherente que las personas con mayor vulnerabilidad previa sean más proclives al desarrollo de complicaciones tal como ha sido expuesto entre otros por Stroebe y Stroebe⁽⁵⁴⁾ y refrendado en investigación empírica por Schulz et al⁽⁵³⁾.

En cuanto a los datos que apoyan el poder diferenciador de los indicadores contextuales relativos al inadecuado control de síntomas, a la demora diagnóstica de la enfermedad y los problemas económicos adicionales, abundan en los resultados publicados por el grupo de Stroebe referidos a estresores adicionales como facilitadores del desarrollo de complicaciones durante el proceso^(5,54).

Con respecto al tercer objetivo en relación con el poder discriminador de los elementos de resiliencia, hemos encontrado evidencia de la aportación de prácticamente todos los elementos incluidos en el estudio. Son de destacar como referentes previos los resultados de Neimeyer^(55,56), Currier et al⁽⁵⁷⁾ en cuanto a la importancia de encontrar sentido a la experiencia y al mundo en que ella se incardina y los trabajos de Bonanno^(58,59) y Bonanno y Keltner⁽⁶⁰⁾ respecto al papel salutogénico de las emociones positivas para la evolución adaptativa del duelo. Téngase en cuenta, sin embargo que respecto a las investigaciones anteriores en que se exploraba el papel diferenciador de indicadores independientes, la nuestra incluye un conjunto de ellos extraídos fundamentalmente de la experiencia clínica de los investigadores.

El único indicador que no discrimina en absoluto en nuestra muestra a los dolientes con y sin complicaciones en ninguno de los dos períodos temporales es el papel de las creencias religiosas. Estos resultados difieren claramente de los aportados por Stroebe y Scout⁽⁴⁾, aunque en su caso, las creencias se consideran fuertemente asociadas a la posibilidad de apoyo social, hecho que no sucede en nuestra muestra en la que el apoyo social está garantizado por las relaciones familiares independientemente de las creencias. No obstante, consideramos que sería necesaria una exploración más

exhaustiva de tal indicador analizando el tipo de pregunta formulada, si resulta ser el más adecuado, o habría que explorar otros aspectos de su contenido.

Finalmente, con respecto a la predicción en función de los indicadores de riesgo encuentra apoyo en cuatro de ellos respecto al criterio ICG, a saber, la dependencia, la culpa, los síntomas sin control durante todo el proceso de la enfermedad y los problemas económicos. Utilizando como criterio los indicadores DSM, de nuevo aparecen como relevantes para clasificar a los sujetos la dependencia y el control de síntomas deficiente, añadiéndose también el indicador de vulnerabilidad referido a los duelos anteriores no resueltos. Estos datos refuerzan algunos de los obtenidos en los análisis bivariados permitiéndonos enfatizar este conjunto de indicadores de cara a la planificación interdisciplinar de las intervenciones.

CONCLUSIÓN

En definitiva, podemos aportar cierta luz a las preguntas iniciales de nuestra investigación. En primer lugar, nuestros datos avalan el poder diferenciador de un grupo importante de predictores referidos tanto a elementos vinculares como contextuales e incluso algunos de ellos con poder clasificatorio de los sujetos. Más aún por primera vez en este ámbito se realiza un estudio comprensivo de indicadores de riesgo y protección tomados en conjunto y no de modo independiente lo que puede ofrecer un mayor margen para la planificación de programas de atención a los familiares de enfermos en fase final de la vida y específicamente de cara al desarrollo adaptativo del duelo.

En segundo y último lugar, con respecto a la evolución del duelo, podemos concluir que al menos en nuestra

muestra, las complicaciones, en aquellos sujetos que las desarrollan están presentes ya a los dos meses del fallecimiento del familiar teniendo este resultado grandes implicaciones para la indicación temporal de las intervenciones profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad. España y comunidades autónomas [En línea] 2005] [Acceso 10 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://193.146.50.130/index.php>, 2008/11/11
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001.
3. Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. En: Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Schut H, editors. Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care. Washington: APA. 2001. p. 613-47
4. Stroebe W, Schut H. Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors: Handbook of bereavement research. Washington DC: American Psychological Association 2001; 349-71.
5. Hansson R, Stroebe M. Bereavement in late life. Washington: APA, 2007.
6. Tomarken A, Holland J, Schachter S, Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C et al. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology* 2008; 17:105-11
7. Pinquart M, Sorensen, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18:250-67.
8. Schulz R, O'Brian AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*. 1995; 35:771-91.
9. Cameron JI, Franche, R-L. Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 2002; 521-7.
10. Schulz, R., Beach, S.R. Caregiving as risk factors for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA*. 1999; 282:2215-9.
11. Christakis N, Allison P. Mortality after the hospitalization of a spouse. *New Engl J Med*, 2006; 354: 719-30.
12. Prigerson H, Ahmed I, Silverman G, Saxena A, Maciejewski P, Jacobs S, et al. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies* 2002; 26:781-92.
13. Ott C. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 2003; 27, 249-72.
14. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez-Roca. 2001.
15. Maciejewski P, Zhang B, Block S, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA* 2007; 297:716-23.
16. Maddocks I Grief and bereavement. *Med J Aust*, 2003; 179 (suppl 6):s6-s7.
17. Jacobs SC. Traumatic grief: Diagnosis, treatment and prevention. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.
18. Bonanno G, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21:705-34.
19. Maercker A, Fortmeier S, Enzler A, Ehlert U. Complicated grief as a stress-response syndrome: results from the Zurich older age study. Paper presented at the 7th International conference on grief and bereavement in contemporary society, London, 2005.

20. Shear K, Frank E, Houck P and Reynolds III, C Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293(21): 2601-8.
21. Parkes CM. Risk Factors In Bereavement: Implications for the prevention and treatment of pathologic grief. *Psychiatr Ann* 1990; 20 (6):308-13.
22. Stroebe M, Schut H Y, Finkenauer C. The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2001;38(3): 185-201.
23. Hegewald MJ. Crapo RO. Socioeconomic status and lung function. *Chest* 2007; 132(5):1608-14.
24. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994; 49, 15-24.
25. Ogrodniczuk JS. Joyce AS. Piper WE. Changes in perceived social support after group therapy for complicated grief. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191(8):524-30.
26. Sanders CM Risk factors in bereavement outcome. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, editors. *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention.* Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 255-67
27. Sanders CM. Effect of sudden versus chronic illness death on bereavement outcome. *Omega*, 1983; 11, 227-41.
28. Barreto P, Soler MC. *Muerte y Duelo.* Madrid: Síntesis, 2007.
29. Bonanno G, Wortman C Nesse R. Prospective Patterns of Resilience and maladjustment during widowhood. *Psychol Aging* (2004); 19: 260-71.
30. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(5): 705-34.
31. Maddi S, On Hardiness and other pathways to resilience. *Am Psychol* 2005; 60: 261-2.
32. Litz B. Has resilience to severe trauma been underestimated? *Am Psychol* 2005; 60, 3: 262.
33. Denny S, Clark TC, Fleming T. Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand *Am J Orthopsychiatry* 2004; 74, 2: 137-49.
34. Tedeschi R, Kilmer R Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Prof Psychol Res Pr* 2005; 36; 230-7
35. Prigerson H, Ahmed Irshad, Silverman G Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies* 2002; 26(0):781-92
36. Ellifritt J, Nelson K, Walsh D Complicated bereavement: A National survey of potential risk factors *Am J Hosp Palliat Care*, 2003; 20(2):114-20
37. Onrust S, Cuijper P, Smit F. Predictors of psychological adjustment after bereavement. *Int Psychogeriatr* 2007; 19(5): 921-34.
38. Stroebe MS, Hansson R, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care.* Washington DC: American Psychological Association. 2001.
39. Stroebe, Folkman, Hansson, Schut .The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med* 2006; 63(9) 2440-51.
40. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognoscitivos.* Barcelona: Martínez Roca. 1984.
41. Stroebe M, Schut H .The dual process model of coping with bereavement: rationale and description, *Death Studies*, 1999; 23(3): 197-224.
42. WHO. *Cancer pain relief and palliative care, World Report Series*, 1990.
43. Barreto P, Molero M, Pérez M. Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. In: Gil F,

- editor. Manual de Psicooncología. Madrid: Nova Sidonia, 2000. p. 137-72.
44. Kissane DW, Bloch S, McKenzie DP. Family coping and bereavement outcome. *Palliat Med* 1997; 11: 191-201.
 45. Kissane DW. The challenge of discrepancies in values among physicians, patients, and family members. *Cancer*. 2004;100 (9):1771-5.
 46. Bonanno G, Wortman C, Lehman D. Resilience to loss and chronic Grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol* 2002;83(5):1150-64.
 47. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.1991/1997.
 48. Parkes CM, Laungani P, Young B, editors. Death and bereavement across cultures. Routledge: London, 1997.
 49. Freud S. Mourning and melancholia. En: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14). New York: Basic Books (Publicación original en 1917), 1957.p. 237-60.
 50. Romanoff BD. When a child dies: special considerations for providing mental health counseling for bereaved parents. *J Ment Health Counsel*, 1993, 15 (4) 384-93.
 51. Naziri D, Tzavaras A Mourning and guilt among Greek women having repeated abortions. *Omega* 1993;26(2): 137-44
 52. Lovell D, Hemmings G, Hill A. Bereavement reactions of female Scots and Swazis: A preliminary comparison. *Br J Med Psychol* 1993, 66(3): 259-74
 53. Schulz R, Boerner K, Shear K, Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2006;14:650-8.
 54. Stroebe W, Stroebe MS. Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge, England: Cambridge University Press. 1987.
 55. Neimeyer R. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós 2002.
 56. Neimeyer RA .Complicated grief and the quest for meaning: a constructivist contribution. *Omega*, 2006, 52(1) 37-52
 57. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA Sense making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies* 2006; 30: 403-28
 58. Bonanno GA Grief and emotion: A social-funtional perspective. En: Stroebe MS, Hansson,RO, Stroebe W, Schut H, editors. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: American Psychological Association, 2001. p. 493-515
 59. Bonanno GA New directions in Bereavement research and theory. *Am Behav Sci* 2001; 44(5): 718-25.
 60. Bonanno GA, Keltner D. Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *J Abnorm Psychol* 1997;106: 126-37.
 61. Barreto P, Yi P, Martínez E, Espinar V, Fombuena M, Soler C. Complicated Grief risk factors in palliative care's patients. *Pall Med*. 2008; 32(4) 512-513
 62. Barreto P, Soler C y Yi P. Grief Course of Cancer Patients' Caregivers. *Psychoncology*; 2008; 17 (Suppl); S-313.
 63. Barreto P, Yi P, Soler C, Martínez E, FombuenaM,AldanaC,EspinarV.Factores protectores del duelo complicado. 2008. Presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, Marzo 29-31; Lima, 2008.