



Trabajo de Fin de Grado

**PROCESO DE DUELO COMPLICADO
O PATOLÓGICO EN LAS FAMILIAS:
PAPEL DE ENFERMERÍA.**

Revisión narrativa

**Complicated or pathological grief process in families: role of
nursing.**

Narrative review

Autora: Celia Arribas Carreira

Universidad Autónoma de Madrid

Curso 2017-2018

Grado en Enfermería

Tutora: M^a Lourdes Casillas Santana

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Ser humano y muerte.....	3
1.2. Contribuciones al significado de duelo a lo largo del tiempo	4
1.3. Clasificación médica del duelo	6
1.4. Contribución de enfermería.....	8
1.5. Concepto de familia	9
1.6. La familia según la Teoría General de Sistemas	10
1.7. Enfermería y familia. Figura del cuidador principal	11
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	13
3. METODOLOGÍA	14
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
4.1. Duelo complicado frente a duelo adaptativo. Características	21
4.2. Tipos de duelo complicado	24
4.3. Factores de riesgo para el duelo complicado.....	25
4.4. Duelo complicado como factor de riesgo: consecuencias del duelo complicado.....	33
4.5. Intervención y tratamiento	34
4.6. Papel de enfermería.....	37
4.6.1. Formación en enfermería.....	40
4.6.2. Duelo en enfermería.....	41
5. LIMITACIONES	41
6. CONCLUSIONES	42
7. AGRADECIMIENTOS	43
8. BIBLIOGRAFÍA.....	44
9. ANEXOS.....	49
9.1. Anexo 1: Documentos seleccionados para la revisión	49

RESUMEN

La pérdida de un ser querido supone la elaboración de un proceso de duelo como respuesta en sus familiares. Cuando este proceso se desvía de su curso habitual, se produce una reacción de duelo complicado o patológico, que afecta negativamente al individuo.

Objetivo: conocer el proceso de duelo, cuando éste se vuelve complicado o patológico, atravesado por los miembros de una familia tras producirse una pérdida por fallecimiento en la misma.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en siete bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden, Scielo, Psycinfo y Dialnet, entre los años 2013 y 2018. De los 36 documentos seleccionados en primera instancia y que cumplían criterios de inclusión y exclusión, fueron analizados 26.

Resultados: el análisis de los documentos seleccionados dio lugar a seis categorías de contenido: características del duelo complicado frente al duelo adaptativo, tipos de duelo complicado, factores de riesgo para el duelo complicado, consecuencias del duelo complicado, intervención y tratamiento y papel de enfermería.

Conclusiones: la falta de una definición consensuada y de unos criterios diagnósticos unificados hace que el duelo complicado continúe siendo un problema infradiagnosticado en la población. Se necesita mayor investigación referente a la casuística del problema, que permita el establecimiento de tratamientos e intervenciones enfermeras efectivas. La formación y sensibilización de los profesionales de enfermería en este ámbito es fundamental.

Palabras clave: “duelo”, “duelo complicado”, “duelo patológico”, “familia”, “enfermería”, “cuidados de enfermería”.

ABSTRACT

The loss of a loved one implies the development of a grieving process as the relatives response. When this process deviates from its usual course, a complicated or pathological grieving reaction occurs, which negatively affects the individual.

Aim: to know the grieving process, when it becomes complicated or pathological, experienced by the members of a family after a loss due to a relative's death.

Methodology: a bibliographical search was conducted in seven specialized databases in Health Sciences: PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden, Scielo, Psycinfo and Dialnet, between 2013 and 2018. Of the 36 documents selected in first instance and that met inclusion and exclusion criteria, 26 were analyzed.

Results: the analysis of selected documents resulted in six categories of content: characteristics of complicated grief versus adaptative grief, types of complicated grief, risk factors for complicated grief, consequences of complicated grief, intervention and treatment and rol of nursing.

Conclusions: the lack of a consensual definition and unified diagnostic criteria causes that complicated grief continues being an underdiagnosed problem in the population. More research is needed regarding the casuistry of the problem, which will allow the establishment of treatments and effective nursing interventions. The training and the awareness of nurses in this area are essential.

Key words: "grief", "complicated grief", "pathological grief", "family", "nursing", "nursing care".

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Ser humano y muerte

La vida humana queda marcada desde sus inicios por el establecimiento de vínculos emocionales con aquellos individuos que nos rodean. El ser humano es un ser social, que necesita de relaciones y lazos afectivos para subsistir y vivir en comunidad. La rotura de estos vínculos por el fallecimiento del ser querido al que se está vinculado es lo que produce el estado emocional conocido como duelo, pudiendo entenderse como el sentimiento subjetivo que se produce tras una pérdida. La intensidad con la que el individuo vive su proceso de duelo dependerá del valor que el propio sujeto atribuye al elemento perdido, es decir, al ser querido fallecido. Es importante destacar que el duelo no se trata de un sentimiento estático, sino de un proceso gradual y en movimiento, que transcurre y avanza según diferentes factores que afectan directamente a la vida del individuo (1).

La muerte es el fin inexorable de todos los seres humanos, y su significado queda definido tanto por el concepto que el propio individuo tiene de ella, como por el contexto social en el que se produce. Los rituales funerarios producidos alrededor de la muerte, el duelo, y el luto (entendido como la expresión formalizada de respuesta ante el fallecimiento de un ser querido) reflejan la influencia cultural y social del entorno en el que se dan, siendo cambiantes a lo largo del tiempo y distintos según la comunidad de la que se trate (2).

Desde los primeros ritos o ceremonias fúnebres realizados alrededor de la muerte, se ha considerado que su principal finalidad era la de permitir la realización de una despedida digna, participando en un último encuentro personal y singular con el difunto. También han sido asociados como medio para certificar su muerte, así como para facilitar el autoconvencimiento de los allí presentes de que el ser querido ha partido, y de que, por tanto, es necesario adaptarse a la nueva realidad y continuar con el transcurso de la vida. A lo largo de la historia y en sus diferentes formatos, los ritos funerarios han sido formas de adaptación de los seres humanos a la falta de un ser querido tras su fallecimiento, que produce un dolor inevitable y característico del proceso de duelo (3).

Atendiendo al término duelo de manera general y según la Real Academia Española (4), podemos definirlo como “dolor, lástima, aflicción o sentimiento”, “demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” o “reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del

cadáver al cementerio, o a los funerales”. La palabra “duelo” procede del término latino “dolus”, que significa dolor.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (5) define el proceso de duelo como “estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida, por lo que siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el duelo”.

Por su parte, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (6) hace referencia al fallecimiento de un ser querido como uno de los procesos más dolorosos que el ser humano ha de sufrir a lo largo de su vida, y refiere que existe un conjunto de emociones y sentimientos comunes manifestados en aquellas personas que afrontan la pérdida de un ser querido. Estas emociones, que al principio pueden ser consideradas extrañas, son sin embargo propias del proceso y desaparecerán de manera paulatina conforme éste se supere. Según la AECC, estas manifestaciones quedan divididas en sentimientos (tristeza, culpa, ira), síntomas físicos (cansancio, alteraciones del apetito y del sueño), pensamientos (negación delo ocurrido, dificultad en la concentración) y alteraciones perceptivas (ver a la persona fallecida, escucharla).

1.2. Contribuciones al significado de duelo a lo largo del tiempo

Existe una gran variedad de autores que a lo largo del tiempo ha empleado, descrito y clasificado el duelo desde diferentes perspectivas. Desde el punto de vista de los modelos explicativos (que pretenden describir fases, comportamientos y sentimientos relacionados con el proceso) (7), Sigmund Freud fue el primero en elaborar una teoría consistente de duelo con *Duelo y melancolía* (1917). Según el psicoanalista, el duelo constituye la reacción que desencadena la pérdida de un ser amado, la cual no debe ser considerada patológica, sino como un proceso habitual que debe dejarse fluir sin perturbar. El duelo se establece como un proceso cuya finalidad es mostrar que el objeto amado ya no existe, para que la libido abandone sus uniones con el mismo. Este hecho no se produce inmediatamente, pues conlleva un proceso gradual con gasto de tiempo y energía intrínsecos, lo que Freud denomina “trabajo de duelo” (8).

Continuando con la perspectiva explicativa, Lindemann (7) definió el trabajo de duelo como un proceso constituido por tres fases. La primera de ellas consiste en la liberación del vínculo con la persona fallecida, que se produce para que el doliente sea capaz de invertir su energía en otros individuos y alcance la satisfacción personal. La segunda trata sobre el reajuste al medioambiente; esta es la etapa más difícil, ya que el individuo debe aceptar que el fallecido ya no está presente. La tercera y última se basa en la formación de nuevas relaciones, gracias a la inversión de la energía liberada anteriormente.

Más tarde, otros autores como Bowlby o Parkes (1) aportaron nuevos matices a la naturaleza del duelo. Ambos defendieron el hecho de que las etapas que lo conforman no son secuencias inmóviles, sino procesos que se suceden de manera fluctuante sin limitaciones claras entre uno y otro. Las etapas deben concebirse como un cuadro orientativo del proceso de duelo global, el cual será propio de cada individuo y quedará marcado por las particularidades de la situación en la que éste se encuentre.

Las aportaciones de Bowlby al estudio sobre el duelo fueron realmente relevantes. Según su teoría, el duelo es entendido como la reacción a la rotura del vínculo afectivo entre individuo y fallecido que produce la activación de una conducta de apego ineficaz, ya que la figura con quien se establecieron los lazos afectivos deja de estar presente. El proceso de duelo queda dividido en 4 etapas: (a) embotamiento de la sensibilidad, que puede ser intercalado con capítulos de tristeza o cólera; (b) anhelo y búsqueda de la figura perdida; (c) desorganización y desesperanza; (d) reorganización. En esta última etapa se asume la pérdida y se proporciona un nuevo significado a la propia vida (7).

Por su parte, Worden señaló que el proceso de duelo debía conllevar la realización de cuatro tareas: aceptación cognitiva y emocional de la pérdida, expresión abierta de dolor y emociones sentidas, adaptación a la nueva realidad sin la figura del fallecido y recolocación emocional del difunto para poder continuar viviendo (9).

La psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler Ross (10) desarrolló su propia clasificación de las fases del proceso de duelo. Este esquema, que incluía cinco fases (negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación), fue desarrollado tras años de trabajo con pacientes moribundos terminales y fue conocido como Modelo Kübler-Ross. Tuvo una importante repercusión en la tanatología y en los cuidados paliativos del momento, por lo que es preciso analizar las etapas del duelo desde esta perspectiva (3,11):

1. Negación y aislamiento: la negación actúa como una defensa provisional, un elemento amortiguador tras el recibimiento de una noticia inesperada y sobrecogedora que permite la puesta en marcha de otros mecanismos de defensa.
2. Ira: cuando la negación no puede continuar es sustituida por sentimientos de ira, rabia y resentimiento, que se proyectan en todas direcciones y planos de la vida del doliente.
3. Pacto: se trata de una especie de acuerdo que posponga lo inevitable, una búsqueda de compensación por buena conducta o algún tipo de trato que suprima su sufrimiento.
4. Depresión: los sentimientos de ira y rabia son sustituidos por un gran sentimiento de pérdida; la expresión del dolor y la asimilación del proceso son necesarias para la progresión a la fase final.
5. Aceptación: caracterizada por la presencia de paz y la finalización de la lucha contra la pérdida, se logra la tranquilidad final y la concesión de una nueva oportunidad para continuar con la propia vida.

1.3. Clasificación médica del duelo

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (**CIE-10**) (12) trata el duelo desde dos perspectivas diferentes, dependiendo de si éste se considera una reacción anormal (por su duración y manifestaciones) o no.

En primer lugar, es incluido como Trastorno de adaptación (F43.2), etiquetándolo más concretamente como “Reacción de duelo”. Estos trastornos se definen como “estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante”. En el caso del duelo, dicho factor estresante habría afectado al entramado de relaciones sociales del individuo, concretamente a aquella establecida con la persona fallecida. La propensión del sujeto a sufrir este tipo de trastornos se considera un factor crucial en cuanto a las manifestaciones en las que éstos se exteriorizarían, siendo las más comunes la depresión (breve o prolongada) y la afectación de la conducta, así como de otras emociones (12).

En segundo lugar, el proceso de duelo es incluido en la categoría de Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares. Concretamente, se enmarca bajo el título de “Problemas relacionados con la desaparición

o muerte de un miembro de la familia” (Z63.4), siendo éste tratado como un proceso de duelo normal (12).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM-V**) (13) define el duelo normal como “estado que surge con la pérdida, por causa de muerte, de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación. Este estado incluye una serie de respuestas de pena y luto”.

En su última versión, el (DSM-V) incluye el Trastorno de duelo complejo persistente dentro de la Sección III, en la categoría de afecciones que necesitan más estudio. Anteriormente, el DSM-IV no lo había contemplado por la falta de consenso que caracterizaba su descripción. Esta diferenciación respecto al duelo normal se produjo a causa de los 5 criterios propuestos por Prigerson (13,14):

Criterio A: el individuo experimenta el fallecimiento de alguien con quien mantenía una relación cercana.

Criterio B: desde la muerte, al menos 1 de estos síntomas se mantiene a un nivel clínicamente relevante y casi a diario durante al menos 12 meses (adultos) o 6 meses (niños):

1. Anhelos perturbadores del ser humano fallecido.
2. Pena y malestar intensos por la separación.
3. Preocupación por el fallecido.
4. Preocupación por las circunstancias del fallecimiento

Criterio C: desde la muerte, al menos 6 de estos síntomas están presentes a un nivel clínicamente relevante y casi a diario durante al menos 12 meses (adultos) o 6 meses (niños). Estos síntomas se dividen en dos categorías: los primeros seis hacen referencia al malestar o el dolor reactivo a la pérdida; los siguientes, a la interrupción de la identidad social:

1. Dificultad marcada para aceptar la muerte.
2. Aturdimiento o anestesia emocional respecto a la pérdida.
3. Dificultad para recordar positivamente al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Juicios desadaptativos de uno mismo en relación al fallecido o a su fallecimiento.
6. Evitación excesiva de recordatorios de la pérdida.
7. Deseo de morir para volver a estar con el fallecido.

8. Dificultad para confiar en los demás.
9. Sentimientos de soledad o desapego de los demás.
10. Sentir que la propia vida no tiene sentido, creer que uno no puede continuar.
11. Confusión sobre la propia identidad o el papel en la vida.
12. Dificultad o reticencia a marcarse metas futuras o hacer nuevos planes.

El DSM-V recoge la especificación del caso de trastorno con duelo traumático, el cual se produciría a causa de muerte por homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes sobre la naturaleza traumática de la muerte (13).

Por su parte, el Manual de Diagnóstico Diferencial (**DSM-V**) (15) de la American Psychiatric Association señala distinciones entre el trastorno depresivo mayor y otro tipo de trastornos depresivos, incluyendo la diferenciación con el proceso de duelo normal. En líneas generales, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de períodos de estado deprimido o de menor interés, de 2 semanas de duración como mínimo y en los que se presentan signos como fatiga, cambios en el sueño y el apetito, sensación de culpa e inutilidad, etc. Frente a ello, se define el duelo como la reacción que surge tras la pérdida de un ser querido, lo cual generalmente supone un menor nivel de gravedad que un episodio depresivo mayor. Las diferencias más notables entre ambos son:

- Los principales sentimientos durante el proceso de duelo son de vacío y pérdida, mientras que en el episodio depresivo mayor son ánimo depresivo permanente y menor sensación de placer.
- El estado de ánimo disfórico en el proceso de duelo tiende a disminuir con el paso del tiempo, pudiendo aparecer comúnmente al recordar a la persona fallecida; en el episodio depresivo mayor el estado de ánimo disfórico es persistente y no se relaciona con pensamientos o recuerdos específicos.

1.4. Contribución de enfermería

Situándonos ahora desde la perspectiva del cuidado enfermero y atendiendo a la principal herramienta para la clasificación de diagnósticos de esta disciplina, propuesta por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (16), encontramos tres posibles etiquetas diagnósticas:

- [00136] Duelo: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las

personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

- [00135] Duelo complicado: trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.
- [00172] Riesgo de duelo complicado: vulnerable a un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional, que puede comprometer la salud.

1.5. Concepto de familia

Al tratar el proceso de duelo atravesado por la familia tras la pérdida de uno de sus miembros, es necesario el planteamiento de algunas aclaraciones sobre este concepto.

La Real Academia Española (17) ofrece múltiples acepciones para el significado del término familia. Resaltaremos las siguientes: “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”, “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” y “conjunto de personas que comparten alguna condición, opinión o tendencia”.

Del mismo modo, el término hogar es definido por la Real Academia Española (18) como “familia, grupo de personas emparentadas que viven juntas” o “casa o domicilio”, entre algunas de sus acepciones.

La socióloga Inés Alberdi (19) define la familia como “dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación, que viven juntas, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes”. Esta autora trata la diferencia entre familia y hogar, afirmando que pese al hecho de que una familia implica la existencia de un hogar, no son términos iguales. La decisión de compartir los recursos económicos (principalmente la vivienda) es aquello que da lugar a un hogar, mientras que la connotación de familia se ve añadida con la creación de lazos de afecto y parentesco entre sus integrantes, además de la decisión de consumir bienes conjuntamente.

Pese a las múltiples definiciones coexistentes, el concepto de familia es cambiante y dinámico. Durante los últimos años se han producido grandes cambios en lo que hasta entonces era conocido como familia, modificándose los patrones y las estructuras en las

que ésta se presenta en nuestra sociedad. Este hecho ha supuesto la aparición de nuevos modelos familiares, que hoy en día coexisten con aquellos más tradicionales (20).

El modelo tradicional familiar es aquel en el que el individuo crece y se desarrolla en un hogar formado por un hombre y una mujer, ambos unidos por el vínculo del matrimonio. Este modelo se definía como el más común en generaciones anteriores, y si bien hoy en día continúa siendo mayoritario, ha disminuido su frecuencia frente a la aparición de otros patrones emergentes. Existen ciertas circunstancias que, podrían considerarse responsables de estos cambios, como la demora en tiempo para la formalización de parejas, o el aumento de divorcios y separaciones (21).

La principal clasificación de tipos de familia se establece en base a los miembros que la forman, dividiéndose en (21):

- Familia extensa: continúa una línea de descendencia, e incorpora como componentes de la unidad familiar a individuos de diferentes generaciones.
- Familia nuclear: la unidad familiar está compuesta por marido y esposa (unidos en matrimonio) e hijos no adultos o que aún no disponen de sus propias uniones familiares. También otros familiares pueden habitar en el hogar.

1.6. La familia según la Teoría General de Sistemas

Una de las principales aproximaciones al estudio de la familia es la llevada a cabo a través de la Teoría General de Sistemas, propuesta por Ludwig von Bertalanffy. Esta perspectiva analiza la familia como sistema, aplicando los principios generales que la conforman y proporcionando así una nueva visión de la misma (22).

La Teoría General de Sistemas (TGS) nació con el propósito de proporcionar una manera científica y sistémica de estudio y representación de la realidad, desarrollando un nuevo modelo teórico que se aplica en diversos campos de estudio. Según esta teoría, un sistema puede ser entendido como “conjunto de entidades u objetos caracterizados por ciertos atributos que están relacionados con diversos canales de comunicación y de control y que están localizados en un cierto ambiente para alcanzar objetivos claramente identificados”. Un sistema nunca puede entenderse de manera aislada, ya que siempre está rodeado e influido por otros factores externos (23).

Esta teoría ha sido también el principal punto de vista desde el que se ha estudiado la familia, considerada como sistema. Partiendo de esta base, Bronfenbrenner (22)

desarrolló el “modelo ecológico”, concebido como una sucesión de figuras concéntricas, cada una de las cuales engloba aquellas que se sitúan en su interior. Este modelo refleja la relación de un individuo con el entorno, y cuenta con tres elementos principales:

- **Microsistema:** conjunto de relaciones que se producen con el entorno más próximo. La familia constituye el microsistema más básico.
- **Mesosistema:** grupo de sistemas con los que la familia mantiene relación, así como intercambios directos.
- **Macrosistema:** conglomerado de valores culturales, ideologías, creencias y políticas que rodean el sistema familiar.

Siguiendo esta línea y tratando la familia como sistema formado por diferentes individuos o componentes, podemos afirmar la relación bidireccional que se produce entre éstos y el propio sistema como conjunto, siendo ésta una relación de reciprocidad y comunicación. Un mismo sistema familiar se compone a su vez de subsistemas, como pueden ser la pareja (marido y mujer) y la relación fraternal (entre hermanos) (22).

El sistema familiar pues, se define como un conjunto de personas estructurado, propositivo, autoorganizado, de constante interacción entre sus miembros y abierto, ya que está expuesto a la continua influencia de otros sistemas, así como al intercambio de información o energía con los mismos (22).

1.7. Enfermería y familia. Figura del cuidador principal

Los profesionales de enfermería se enfrentan de manera habitual a la muerte y están en contacto directo con los familiares del paciente, por lo que su formación y sensibilización frente a todo tipo de actuaciones en situaciones relacionadas con la misma son necesarias. Esta necesidad es aún más evidente en determinados servicios en los que la muerte está presente habitualmente, como es el caso de los servicios de cuidados intensivos (24).

El pasado 6 de mayo de 2015 fue establecido como una fecha clave para la profesión enfermera en los cuidados intensivos y en todo aquello relacionado con el paciente y su familia. Fue entonces cuando se promulgó la Declaración de Torrejón, inmersa en todo un proyecto para la humanización de los cuidados intensivos. En ella, profesionales sanitarios de Unidades de Cuidados Intensivos, pacientes y familiares se comprometieron por el cambio en la relación existente entre ellos, abogando por una mayor importancia de la dimensión humana combinada con todas aquellas mejoras técnicas posibles. De esta

manera quedó remarcado el derecho no solo del paciente, sino también de su familia, de recibir una atención integral que incluya soporte emocional, algo en lo que enfermería se ve muy involucrada (25).

Algunas de las líneas de acción que incluyen a la familia y quedan reflejadas en este documento son el fomento de la participación de familiares en el cuidado del paciente y en la toma de decisiones referentes a él, la mejora de la comunicación y la humanización de cuidados prestados al final de la vida y en el proceso de morir (25).

Esta declaración y su significado cobran aún mayor importancia al tener en cuenta la figura del familiar como cuidador principal. Este perfil está generalmente representado por familiares que adoptan el rol de cuidadores y enfrentan un gran número de tareas y actividades relacionadas con el cuidado, lo que les sitúa en una posición de vulnerabilidad. El cuidador principal, por tanto, puede definirse como “persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo físico y emocional a otro, de manera permanente y comprometida, convirtiéndose en un enfermo secundario, ya que se ve expuesto a una elevada carga física y psíquica, que puede generar incluso un problema social o importantes cambios en las familias” (26).

El profesional de enfermería presta cuidados a la familia del paciente, sobre todo en aquellas situaciones en las que éste está destinado a la cronicidad o fallecimiento debido al proceso de su enfermedad, siendo un momento importante en términos de repercusión en el posterior duelo (26).

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La muerte es una realidad muy presente en el día a día de la práctica enfermera y causa una gran repercusión en los familiares, cuidadores y seres queridos del paciente. Como profesionales, debemos estar capacitados para afrontar de la manera más adecuada esta situación, que en ocasiones se vuelve complicada o problemática para quienes la sufren.

Desde la perspectiva biopsicosocial del cuidado enfermero, paciente y familia conforman una única unidad de atención. El profesional de enfermería cuenta con un papel privilegiado a la hora de conocer las necesidades y requerimientos de ambos, pudiendo acercarse desde una perspectiva objetiva a ellos y mostrarse como figura de apoyo y acompañamiento.

El cuidado de un paciente en situación terminal conlleva de manera intrínseca el cuidado a sus familiares. La atención brindada en el plano emocional cobra especial importancia en situaciones cercanas a la muerte, en las que el doliente puede ver disminuidas sus fortalezas y capacidades para superar la pérdida de su ser querido.

El conocimiento acerca del proceso de duelo y sus fases, así como de sus principales manifestaciones, es fundamental a la hora de evaluar la situación del doliente y tratar de brindar la atención más adecuada para él, actividad en la que la enfermería tiene una responsabilidad esencial. El duelo complicado o patológico repercute negativamente en la vida del doliente, motivo por lo cual requiere ser objeto de nuestra atención.

Por todo ello y tras la contextualización del marco teórico en el que se sitúa el duelo, considero relevante en mi formación una aproximación complementaria a la ya obtenida a este proceso, para ser capaz de enfrentarme a él de la manera más correcta en futuras ocasiones.

El objetivo general de este trabajo es conocer el proceso de duelo, cuando éste se vuelve complicado o patológico, atravesado por los miembros de una familia tras producirse una pérdida por fallecimiento en la misma.

Los objetivos específicos son:

- Diferenciar las diversas variantes del duelo complicado o patológico.
- Determinar factores de riesgo para la complicación del proceso de duelo.

- Conocer las líneas generales de actuación enfermera para prevenir el proceso de duelo complicado o patológico en aquellas familias que se enfrentan al fallecimiento de uno de sus integrantes.
- Definir el papel enfermero en el cuidado de familiares que atraviesan el proceso de duelo patológico.

3. METODOLOGÍA

La metodología más adecuada para dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente es la revisión narrativa. Por ello, se realizó una búsqueda bibliográfica de documentos que siguió el proceso descrito a continuación.

En primer lugar, se empleó Google Académico como principal motor de búsqueda de artículos y documentos relacionados para proporcionar una aproximación hacia las posibles palabras clave a utilizar. Tras ello, las palabras clave seleccionadas fueron: “duelo”, “duelo patológico”, “duelo complicado”, “familia”, “enfermería”, “cuidados de enfermería”, “factores de riesgo”, “prevención”, “grief”, “mourning”, “bereavement”.

Estos términos del lenguaje natural fueron traducidos al lenguaje controlado mediante DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), descriptores Cinahl, Biblioteca Virtual de la Salud y términos MeSH, obteniéndose: “grief”, “mourning”, “bereavement”, “family”, “nursing”, “nursing care”, “risk factors” y “hospice care”. Dichos términos pueden verse en la Tabla 1.

<i>Palabras clave</i>	<i>Lenguaje controlado</i>
<i>Duelo</i>	Grief Mourning Bereavement
<i>Familia</i>	Family
<i>Enfermería</i>	Nursing
<i>Cuidados de enfermería</i>	Nursing care Hospice care
<i>Factores de riesgo</i>	Risk factors

Tabla 1. Términos de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Además, también se emplearon en la búsqueda otros términos de lenguaje libre, tales como: “*pathological*”, “*pathological grief*”, “*pathological mourning*”, “*pathological bereavement*” o “*prevention*”, y una estrategia de truncamiento únicamente en PubMed: “*nurs**”.

Las estrategias de búsqueda finales fueron construidas empleando los operadores booleanos AND y OR.

A continuación, se inició la búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed (Medline), Cinahl, Cochrane Library, Cuiden, Scielo, Psycinfo y Dialnet.

En aquellas bases de datos que lo permitieron, la búsqueda de documentos fue limitada con los siguientes parámetros:

- Publicaciones de los últimos 5 años (2013-2018).
- Idioma español, inglés y portugués.
- Documentos con resumen disponible.
- Publicaciones sobre humanos.
- Publicaciones referentes a personas en edad adulta (+ 18 años).

Para la selección de documentos hallados tras la realización de la búsqueda, fue necesario establecer criterios de selección, que quedaron divididos según refleja la Tabla 2.

<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Criterios de exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de duelo en personas adultas (mayores de 18 años). - Duelo por muerte accidental, muerte repentina, suicidio o enfermedad terminal. - Posibilidad de acceso a texto completo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de duelo en niños y menores de 18 años. - Duelo por muerte perinatal. - Proceso de duelo en personas con déficits cognitivos o enfermedades mentales. - Documentos sin posibilidad de acceso a texto completo. - Artículos escritos en idiomas diferentes a inglés, castellano y portugués.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

En las siguientes tablas se muestra, según la base de datos, las diferentes estrategias de búsqueda empleadas, los artículos devueltos y los artículos finalmente seleccionados tras la lectura de título y resumen de los mismos.

➤ PubMed

Se emplearon términos del lenguaje controlado y del lenguaje libre, combinados con los operadores booleanos AND y OR. Los filtros aplicados en estas búsquedas fueron publicaciones de los últimos 5 años con resumen disponible, y dirigidas a la especie humana, en particular a personas adultas (mayores de 19 años). En dos de las búsquedas fue utilizada la estrategia de truncamiento *nurs**, para poder localizar todos los artículos que contuvieran los términos derivados de la raíz (*nurse, nursing care...*).

Fueron devueltos 236 documentos, de los cuales se seleccionaron 23. Los 213 restantes fueron descartados tras leer título y resumen por no ajustarse a la temática del trabajo. Para una mejor comprensión de la estrategia de búsqueda, los resultados seleccionados se muestran en la tabla 3.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	DOCUMENTOS DEVUELTOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
PubMed Seleccionados: 23	Pathological grief AND <i>nurs*</i>	6	1
	Complicated grief AND <i>nurs*</i>	18	3
	Complicated grief AND risk factors	27	9
	(Hospice care OR Nursing care) AND grief	185	10

Tabla 3. Búsquedas en PubMed. Fuente: elaboración propia.

➤ Cinahl

La Tabla 4 refleja la búsqueda bibliográfica llevada a cabo en la base de datos Cinahl. Para ello, fue necesaria la utilización de Descriptores Cinahl (lenguaje controlado) y lenguaje libre, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR. Las búsquedas fueron realizadas con la aplicación de filtros para la obtención de artículos no anteriores a 2013. La opción de “Texto completo en vínculo” no fue seleccionada ya que, de ser así, la búsqueda quedaba muy limitada. En total, fueron devueltos 38 artículos, de los cuales tan solo 2 fueron seleccionados. De los 36 artículos restantes, se descartaron 35 por no ajustarse a la temática indicada y 1 por no presentar acceso al resumen.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	DOCUMENTOS DEVUELTOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
Cinahl Seleccionados: 2	((MM "Nursing Care")) AND ((MM "Grief") OR (MM "Bereavement"))	10	0
	((MH "Nursing Care+")) AND ((MH "Bereavement") AND (MH "Family"))	27	2
	(MM "Grief") AND (MM "Risk Factors")	0	0
	Grief AND pathological AND nursing care	0	0
	Grief AND prevention AND nursing care	1	0

Tabla 4. Búsquedas en CINAHL. Fuente: elaboración propia.

➤ **Cochrane Library**

La Tabla 5 refleja la búsqueda bibliográfica realizada en la Biblioteca Cochrane. Para ello, se combinaron términos del lenguaje natural y lenguaje controlado mediante los operadores booleanos AND y OR. Se descartaron aquellas publicaciones anteriores a 2013 y se decidió que los términos de la estrategia estuviesen contenidos en título, resumen o palabras clave. Ninguno de los 15 documentos obtenidos fue seleccionado tras la lectura de título y resumen por no ajustarse a la temática del trabajo.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	DOCUMENTOS DEVUELTOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
Cochrane Library Seleccionados: 0	("Grief" OR "mourning" OR "bereavement") AND "nursing"	3	0
	"Grief" AND "complicated" AND "nursing"	8	0
	"Grief" AND "complicated" AND "risk factor"	4	0

Tabla 5. Búsquedas en Cochrane Library. Fuente: elaboración propia.

➤ **Cuiden**

La tabla 6 refleja la búsqueda bibliográfica empleada en la base de datos Cuiden. Se realizaron 4 estrategias de búsqueda diferentes, combinando términos del lenguaje controlado y el lenguaje libre con el operador booleano AND. El total de artículos mostrados fue de 4, pero ninguno de ellos fue seleccionado por no adaptarse a la temática del trabajo tras la lectura de título y resumen.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA EMPLEADA	DOCUMENTOS MOSTRADOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
CUIDEN Seleccionados: 0	("duelo patológico")AND("enfermería")	2	0
	("duelo patológico")AND("prevención")	1	0
	("duelo patológico")AND("riesgo")	0	0
	("duelo")AND("prevención")	1	0

Tabla 6. Búsquedas en CUIDEN. Fuente: elaboración propia.

➤ **Scielo**

En la tabla 7 se refleja la búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos Scielo. Debido a las características de esta base, el único filtro aplicado fue el de obsolescencia no anterior a 2013. Fueron devueltos 11 artículos en total, de los cuales fueron seleccionados 6. Los 5 restantes no se seleccionaron por no ajustarse a la temática del trabajo tras la lectura de título y resumen de los mismos.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	DOCUMENTOS DEVUELTOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
SciELO Seleccionados: 6	Duelo patológico AND enfermería	0	0
	Duelo patológico	2	2
	Pathological grief	4	3
	Duelo AND factores de riesgo	4	0
	Duelo AND prevención	1	1

Tabla 7. Búsquedas en SciELO. Fuente: elaboración propia.

➤ **PsycINFO**

Se realizaron varias estrategias de búsqueda combinando distintos términos en lenguaje controlado y lenguaje natural mediante el operador booleano AND. Como refleja la Tabla 8, se obtuvieron 126 artículos en total, de los cuales fueron seleccionados 13. Los 113 restantes fueron descartados tras leer título y resumen por no adaptarse a la temática del trabajo.

Todas estas estrategias fueron llevadas a cabo sin limitarse a la opción de “Texto completo en vínculo”, ya que los resultados quedaban reducidos a un único artículo. Los filtros aplicados fueron de obsolescencia no anterior a 2013, publicaciones sobre humanos y dirigidas a población adulta.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA EMPLEADA	DOCUMENTOS MOSTRADOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
PsycINFO Seleccionados: 13	pathological grief AND family	3	1
	grief AND pathological AND family	7	2
	grief AND family AND nursing	115	9
	pathological grief AND prevention	1	1

Tabla 8. Búsquedas en PsycINFO. Fuente: elaboración propia.

➤ Dialnet

La tabla 9 muestra la búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos Dialnet. Se utilizaron términos del lenguaje controlado y del lenguaje natural unidos por el operador booleano AND. Dadas las características de esta base, el único filtro aplicado fue el de obsolescencia no anterior a 2013. Sin embargo, en una de ellas se eliminó el filtro de temporalidad, ya que uno de los documentos mostrados parecía interesante para el trabajo, por lo que se decidió incluir a pesar de ser éste del año 2002. El total de documentos devueltos fue de 49, de los cuales fueron seleccionados 9. De los 40 restantes, 39 fueron descartados tras haber leído título y resumen por no ajustarse a la temática; 1 de ellos por no presentar resumen disponible.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	DOCUMENTOS DEVUELTOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
DIALNET Seleccionados: 9	Grief AND nursing	13	2
	“Grief OR mourning OR bereavement) AND pathological	9	0
	Pathological grief	6	1
	Complicated grief	21	6

Tabla 9. Búsquedas en Dialnet. Fuente: elaboración propia.

Tras haber realizado las búsquedas indicadas, el número total de documentos seleccionados en primera instancia fue de 53. De estos 53 documentos, 17 estaban repetidos, por lo que el total de los que en principio cumplirían criterios de inclusión y exclusión fue de 36, todos ellos escritos en español, inglés o portugués y con resumen disponible. De los 36 documentos seleccionados, 2 se descartaron por no presentar posibilidad de acceso a texto completo y 8 por no ajustarse a la temática tras haber sido leídos a texto completo. Finalmente, se analizaron 26 documentos.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con la finalidad de responder ante los objetivos planteados anteriormente, los resultados hallados tras la revisión de la literatura científica realizada se expondrán de manera agrupada en las siguientes seis categorías: características del proceso de duelo complicado frente al duelo adaptativo, tipos de duelo complicado, factores de riesgo para la complicación del proceso de duelo, consecuencias del duelo complicado, intervención y tratamiento, y papel de enfermería.

4.1. Duelo complicado frente a duelo adaptativo. Características

El fallecimiento de un ser querido constituye uno de los sucesos más estresantes a los que el ser humano debe hacer frente a lo largo de su vida. La muerte es un suceso habitual, pero emocionalmente doloroso e ineludible. La gran mayoría de personas es capaz de afrontar este evento y adaptarse a él sin necesidad de apoyo profesional ni intervención clínica alguna; sin embargo, una minoría de personas considera difícil este ajuste, viéndose envueltas en una incapacidad notable para integrar la pérdida. Esta minoría constituye aproximadamente el 7% de las personas en duelo (27,28).

El duelo como proceso está rodeado de una gran variedad de nomenclaturas que, en cierta parte, complican el establecimiento de un lenguaje conciso y claro a la hora de referirnos a cada uno de los aspectos que lo caracterizan. En la lengua inglesa existen 3 términos clave alrededor del duelo. Uno de ellos es “bereavement”, que se emplea para describir la experiencia de perder a un ser querido, pero no la respuesta a dicha experiencia; otro de ellos es “grief”, que se refiere a la respuesta psicobiológica a la experiencia de pérdida sufrida (dolor, aflicción); y, por último, “mourning”, que describe la diversidad de

procesos puestos en marcha para facilitar la adaptación a la pérdida, pudiendo ser entendido como el proceso de luto (7,29).

La vivencia del duelo y las manifestaciones del mismo son únicas para cada doliente y constituyen parte de su proceso de adaptación tras la pérdida. En gran parte de los casos se trata de respuestas consideradas normales y a su vez necesarias para la elaboración del duelo. Estas reacciones incluyen aspectos cognitivos, emocionales y conductuales (9).

Para que el afrontamiento del duelo resulte adaptativo es necesario un papel activo y dinámico por parte del doliente que permita la puesta en marcha de estrategias que ayuden a hacer frente a la situación de pérdida, a la incorporación de nuevos patrones de conducta y a la necesidad de continuar con la propia vida. Durante tal proceso, el trabajo de elaboración de duelo puede verse truncado o complicado por problemas superpuestos que impiden la finalización del mismo. Esto produce que la transición de un dolor agudo a un dolor integrado se interrumpa, generándose una situación de duelo no finalizado, persistente, que puede manifestarse de diversas formas (9,29,30).

Cuando el duelo no se resuelve y se prolonga a lo largo del tiempo recibe el nombre de duelo complicado, que a su vez adquiere otras descripciones tales como duelo patológico, duelo traumático o duelo prolongado. El duelo complicado es un concepto claramente diferente al trastorno depresivo. El DSM-V incluye el trastorno de duelo complejo bajo la categoría de afecciones que necesitan mayor estudio, por lo que el nombre de esta dolencia podría modificarse a medida que investigación y experiencia clínica logren mayores avances, ya que todavía existe debate por el nombre óptimo y los criterios diagnósticos más adecuados (27,31).

En el duelo complicado, el proceso de adaptación a la muerte de un ser querido se detiene, se enlentece o se complica. Es común la aparición de síntomas como anhelo profundo, preocupación intrusiva respecto a las circunstancias de la pérdida, sentimiento potente de culpa, evitación de pensamientos o recuerdos acerca del difunto, así como de actividades antes compartidas con él, y en términos generales, adaptación inadecuada a la pérdida (27). Esta afección provoca que la muerte no llegue a aceptarse y que el sujeto permanezca anclado en una situación problemática para su salud. A pesar de las repercusiones que ésta puede acarrear, el duelo complicado continúa hoy en día siendo una dolencia infradiagnosticada en la población, y su relevancia como factor de repercusión en la salud mental y la funcionalidad del individuo se ve minimizada (32).

Los dolientes que atraviesan un duelo complicado presentan diferencias cognitivas y afectivas respecto a aquellos que atraviesan un duelo adaptativo; una de ellas es que, en el proceso de duelo complicado, la capacidad de disminuir o suprimir la expresión emocional de manera voluntaria se ve reducida. Asimismo, el duelo complicado se asocia con un menor afrontamiento adelantado, descrito éste como la capacidad de pensar de manera optimista, responder a las necesidades de los demás, conservar planes y metas, mantener la calma, disminuir emociones dolorosas y ser capaz de reír. Del mismo modo, en individuos que sufren duelo complicado se produce una mayor auto-devaluación y existen mayores expectativas negativas de uno mismo (así como de otros cercanos) en relación al futuro, y se generan mayores pensamientos autónomos vinculados a la muerte. En términos generales, los dolientes que atraviesan un proceso complicado de duelo experimentan mayor nivel de angustia, se plantean menos objetivos y presentan menor sensación de control, así como menores probabilidades de alcanzarlos (29).

El proceso de duelo experimentado por la familia como sistema se complica cuando no se asume el cambio producido a consecuencia de la muerte, manteniéndose la tendencia a completar la falta y proseguir con la organización anterior. El fallecimiento de un miembro de la familia ocasiona la necesidad de reajustar roles y funciones que afectan a su organización y estructura; esta actitud lleva a no asumir la nueva situación, produciéndose un fallo en la regulación de la homeostasis familiar. El duelo en familia se completa cuando todos sus integrantes lo han resuelto; de no ser así, se producen disfuncionalidades que afectan de manera negativa a sus componentes (33).

Según recogen Manuel Fernández Alcántara et al. (9), la mayoría de propuestas diagnósticas actuales parten de la base planteada por el pionero Prigerson, cuya aportación sobre posibles criterios diagnósticos para la diferenciación del duelo complicado tuvo gran repercusión y aceptación. Este autor y sus colaboradores dividieron los síntomas presentados en dos bloques: síntomas de ansiedad de separación y síntomas de estrés postraumático. La contribución de Prigerson fue, a su vez, el pilar sobre el que se fundamentó el principal instrumento utilizado hoy en día para la evaluación del duelo complicado: el Inventario de Duelo Complicado (IDC).

4.2. Tipos de duelo complicado

A pesar del debate existente entre la variedad de nomenclaturas aplicadas a los diferentes tipos de duelo no resuelto (complicado, patológico, prolongado...), autores y literatura coinciden en la existencia del fenómeno y de sus diferentes variantes. Serrano Goytía (7) recoge las clasificaciones de duelo no resuelto planteadas por algunos de los autores más relevantes en este campo, que detallaremos a continuación.

Worden, principal impulsor de las tareas del duelo, propuso su propia clasificación de posibles reacciones manifestadas durante el proceso de duelo no resuelto (7):

- Reacción crónica: no se finaliza el proceso ni se llega a una solución satisfactoria para el trabajo de duelo.
- Reacción dilatada o tardía: la reacción del individuo, que en el momento de la muerte es inadecuada, se convierte en excesiva con otra pérdida posterior.
- Reacción exagerada: el proceso de duelo se acompaña por situaciones de comorbilidad (depresión, ansiedad o fobia).
- Reacción enmascarada: el proceso se confunde con otros trastornos psiquiátricos o físicos.

Lindemann englobó las manifestaciones mencionadas bajo el término “duelo agudo”, descrito como un síndrome caracterizado por sintomatología psicológica y somática. Este síndrome podía aparecer justo después del fallecimiento, retrasarse en el tiempo o estar aparentemente ausente (constituyendo una reacción retrasada o dilatada), o manifestarse de manera excesiva (propio de la reacción distorsionada). El duelo agudo se acompaña de sensaciones somáticas de malestar; el individuo se percata de que estas sensaciones se producen en relación al fallecimiento de su ser querido, por lo que tiende a evitar estos síntomas y evade lo referente a la muerte (7).

Bowlby afirmó que muchos de los rasgos propios de las formas patológicas de duelo podían comprenderse como resultado de la perseverancia del impulso de búsqueda y recuperación de la figura perdida. En base a ello, propuso tres variantes patológicas del proceso de duelo (7):

- Duelo crónico: caracterizado por síntomas de depresión, ansiedad y desorganización de manera intensa y prolongada en el tiempo. Puede considerarse una deformación de la segunda y la tercera fase.

- Duelo ausente o suprimido: diferenciado por la falta de tristeza o aflicción conscientes. Puede considerarse una deformación de la primera fase.
- Euforia o estado maníaco: se caracteriza por la negación intensa de la pérdida, o por la visión de la muerte como un hecho beneficioso para sí mismo. Es poco usual.

En líneas generales, existen tres factores clave que indican la presencia de un proceso de duelo no resuelto: ausencia de reacción normal de dolor y aflicción, prolongación de la reacción normal de dolor y distorsión de la reacción habitual de duelo (7).

4.3. Factores de riesgo para el duelo complicado

Si bien es cierto que se desconoce aún qué es exactamente lo que provoca que un proceso de duelo se complique, existe consenso respecto al hecho de que éste se produce por el resultado de una compleja interacción entre diversos factores, tales como aspectos relacionados con las condiciones de la muerte, la relación, el parentesco y los vínculos de apego establecidos con el fallecido, particularidades propias del doliente y la ausencia o deficiencia de recursos familiares y/o sociales. Dichos elementos actúan de manera conjunta sobre el individuo, causando en él una mayor o menor vulnerabilidad a desarrollar un posible proceso de duelo complicado (9).

Dentro de los factores de riesgo más destacados encontramos factores sociodemográficos e individuales del doliente (edad, género, relación con el fallecido, nivel educativo y presencia de depresión previa a la muerte), cuidados proporcionados al paciente al final de la vida, entorno hospitalario en el que acontece la muerte, apoyo social percibido por el doliente, nivel de preparación ante la muerte, factores biológicos y cognitivos y situaciones de muerte inesperada o de muerte a causa de enfermedades terminales (29-43). A continuación, los detallaremos uno por uno:

- Factores sociodemográficos e individuales del doliente: edad, género, relación con el fallecido, nivel educativo y depresión previa la muerte.

Hasta el momento, el duelo complicado ha sido comúnmente asociado a determinadas circunstancias, como el sexo femenino de la doliente, la relación conyugal con el fallecido y la presencia de angustia psicológica antes de la muerte. Asimismo, edades superiores a 61 años se asocian con una mayor tasa de duelo complicado (9%) que la establecida para los adultos más jóvenes, a pesar de que los autores no aportan dicho dato (29,34).

Mette Kjaergaard Nielsen et al. (34) trataron de averiguar los principales predictores de duelo complicado en dolientes durante los 6 meses consecutivos a la muerte de su ser querido y, según informaron, sus resultados concuerdan con estudios anteriores. Los dolientes que mantuvieron una relación conyugal con el fallecido informaron niveles más altos de duelo complicado. Esta asociación puede deberse a que la pérdida de un cónyuge genera un gran impacto en la propia identidad, algo que está altamente vinculado con mayores niveles de duelo no adaptativo. Igualmente, encontraron que un bajo nivel educativo causa mayor riesgo de trastorno psicológico y, por consiguiente, de duelo complicado. Los síntomas depresivos padecidos por el cuidador durante la trayectoria terminal de la enfermedad fueron descritos como uno de los factores clave para el establecimiento de un proceso de duelo no adaptativo. Dichas manifestaciones previas a la muerte pueden deberse a la conciencia adquirida sobre el deterioro de salud del paciente y su muerte inminente, lo que genera sufrimiento en el cuidador.

Asimismo, esta investigación reporta diferencias significativas respecto a hallazgos previos. En primer lugar, no se encontró asociación independiente entre el duelo complicado y el género o la edad del doliente, por lo que tanto sexo femenino como edad adulta se rechazaron como predictores significativos. En segundo lugar y tal y como indica, investigaciones anteriores describieron como factor de riesgo para el duelo complicado el bajo nivel de preparación del cuidador ante la muerte, algo en lo que este estudio difirió al no encontrar este hecho como un predictor significativo (34).

Del mismo modo, Sophie M. Bruinsma et al. (32) reportaron que, según investigaciones anteriores, los adultos mayores tenían un riesgo superior de padecer duelo complicado que aquellos más jóvenes; sin embargo, los resultados obtenidos en su estudio demostraron que la edad carecía de asociación significativa para actuar como factor de riesgo clave para la población mayor.

Coincidiendo con el estudio liderado por Mette Kjaergaard Nielsen, esta investigación apoyó el hecho de que la presencia de depresión previa al fallecimiento juega uno de los principales papeles en la posterior aparición de duelo complicado, asociándose en mayor medida que las características de la enfermedad al final de la vida, el cuidado y la naturaleza de la muerte. Según indican los autores, estudios anteriores tendieron a centrarse en la depresión como resultado del proceso de duelo; sin embargo, fueron pocos los estudios que trataron de examinar su relevancia etiológica como causa de duelo complicado (32,34).

- Cuidados al final de la vida.

Hasta el momento, la asociación existente entre la percepción familiar a cerca de la calidad del cuidado proporcionado a un paciente al final de su vida y la presencia de duelo complicado posterior no ha sido del todo estudiada. Kaya Miyajima et al. (35) examinaron el impacto de dicha relación e informaron de tres componentes directamente asociados con el duelo complicado. El primero de ellos fue la insatisfacción con la explicación proporcionada sobre el resultado de salud esperado. La preparación ante la muerte demuestra una mejor adaptación durante el proceso de duelo, por lo que la ausencia de una explicación suficiente sobre la situación del paciente y sus posibles expectativas de salud contribuiría al riesgo de duelo complicado. Otro de los componentes fue el coste excesivo de la atención; según informan los investigadores, estudios anteriores demostraron que las dificultades económicas representan un obstáculo en la elaboración del duelo, por lo que las impresiones familiares sobre el coste incurrido en el paciente debían tenerse en cuenta. Por último, la percepción del familiar de que el fallecido no había logrado una sensación de plenitud sobre su vida jugaba también un papel clave en el riesgo de desarrollar dolor complicado, ya que el final de la vida trae consigo determinados significados, propios de la cultura de cada individuo.

Asimismo, este estudio también identificó como factores de riesgo la relación conyugal, la figura de cuidador principal y la presencia de angustia psicológica previa (35).

- Entorno hospitalario del fallecimiento: UCI.

La pérdida de un ser querido supone uno de los momentos más angustiosos a los que el ser humano ha de hacer frente a lo largo de su vida. Cuando tal pérdida se produce en una unidad de cuidados intensivos, al sufrimiento habitual le acompaña la complejidad e intensidad que caracteriza el ambiente en este tipo de servicios, lo que genera que la experiencia de duelo sea significativamente diferente a la propia de otros entornos hospitalarios (30).

En Estados Unidos una gran cantidad de pacientes desea morir en su domicilio, sin embargo, tan sólo el 22% lo consiguen y aproximadamente el 20% de las muertes ocurren durante o poco tiempo después de su estancia en una unidad de cuidados intensivos. Según la investigación liderada por Danielle R. Probst (36), que estudió las consecuencias psicológicas de los familiares en duelo cuyo paciente muere en este entorno hospitalario, los principales factores percibidos como “estresantes” por dichos familiares fueron:

incertidumbre sobre el pronóstico, toma de decisiones y preocupaciones sobre el sufrimiento físico y emocional del paciente. Asimismo, se identificaron otros elementos como la dificultad de comunicación con el equipo médico, la sensación de que los tratamientos proporcionados son inconsistentes respecto a los deseos del paciente, la inadecuada asistencia para el control del dolor y la disnea y la falta de apoyo emocional.

Danielle R. Probst et al. (36) trataron de conocer si existían diferencias en los resultados psicológicos tras la muerte entre los familiares de aquellos pacientes que fallecían en UCI y aquellos que lo hacían en otro entorno hospitalario. La conclusión a la que llegaron fue que los resultados de los procesos psicológicos investigados (entre ellos, el duelo complicado) no difirieron sustancialmente según el lugar de fallecimiento en el hospital. Independientemente, las principales experiencias angustiantes referidas por los dolientes durante los últimos días de vida de su familiar en un servicio de cuidados intensivos estuvieron especialmente relacionadas con el estado emocional del paciente y la percepción de que éste ya había sufrido suficiente (36).

- Apoyo social.

El apoyo social recibido por el doliente juega un papel importante a lo largo de todo el proceso de duelo; en primera instancia actúa como elemento amortiguador del impacto tras el fallecimiento, ayudando a suavizar el shock, mientras que durante las etapas finales contribuye a la mejora, recuperación e incorporación a la vida diaria del afligido (37).

El apoyo social consta de dos elementos básicos: el número de personas disponibles para el afligido en caso de necesidad y la satisfacción del mismo con dicho número. Son tres las vertientes establecidas por la evidencia científica hasta el momento sobre la relación entre el apoyo social y el proceso de duelo. La primera de ellas defiende la contribución del apoyo social como herramienta de reducción de síntomas de duelo tales como depresión, ansiedad o estrés postraumático, actuando así como factor de protección ante el duelo complicado. Frente a ello y, en segundo lugar, existe evidencia de una relación negativa entre mayores niveles de duelo complicado y apoyo social, sobre todo cuando éste se brinda de manera anticipada o entrometida. Por último, una tercera corriente apoya la creencia de que apoyo social y duelo son independientes uno de otro, por lo que el respaldo social percibido por el doliente no afecta a su proceso de duelo en absoluto (37).

La heterogeneidad de resultados y conclusiones respecto a la influencia del apoyo social en el proceso de duelo y la complicación del mismo se debe a la multitud de perspectivas

desde las cuales se estudia la misma, quedando reflejada la diversidad de enfoques desde los que se analiza la relación entre el duelo complicado y el apoyo social (37).

- Preparación ante la muerte: conversaciones al final de la vida, comunicación significativa y presencia en el momento de la muerte.

Para brindar una atención adecuada durante los últimos meses de vida del paciente, resultan cruciales los diálogos con éste y con sus familiares sobre determinados aspectos fundamentales y preferencias individuales acerca de su fallecimiento. Estas conversaciones se han incrementado a razón de la investigación y educación emergentes sobre la importancia de la comunicación con el paciente, quien las percibe como una necesidad intrínseca a su tratamiento y cuidado por parte de los profesionales sanitarios (38).

Según indican Takashi Yamaguchi et al. (38), investigaciones previas habían reportado resultados positivos en pacientes que participaron en este tipo de discusiones, afirmando recibir atención de calidad deseada y buena calidad de vida al final de la misma. Sin embargo, no existía evidencia científica sobre si dicha participación incrementaba o reducía la presencia de duelo complicado en sus familiares tras el fallecimiento. Por ello, se exploró la asociación entre la presencia de duelo complicado en familiares de pacientes con cáncer terminal y su participación en conversaciones de preparación ante la muerte. Sus resultados fueron que la prevalencia de este tipo de duelo en los familiares que participaron en dichas conversaciones con el personal sanitario y su paciente fue significativamente menor, concluyendo que dicha estrategia podía contribuir a mejorar la salud mental de los familiares afligidos y actuar como un factor de protección ante el duelo complicado.

Por otro lado, Hiroyuki Otani et al. (39) estudiaron la influencia de la comunicación significativa entre familia y paciente antes de su fallecimiento y la presencia de la familia en el momento de la muerte como factores potencialmente influyentes en los resultados de duelo. La comunicación significativa, entendida como la capacidad del paciente de decir adiós y despedirse de sus seres queridos antes de fallecer, se asoció de manera clara con mejores resultados en el duelo posterior de sus familiares, relacionándose con una menor prevalencia de duelo complicado. Sin embargo, la presencia o ausencia de la familia en el momento de la muerte no se asoció de manera significativa con resultados de duelo complicado, por lo que no se determinó como factor influyente en él.

- Factores biológicos y cognitivos.

Saavedra Pérez et al. (31) reportaron que, a menudo, el duelo complicado había sido asociado con factores de riesgo psicosociales; sin embargo, su relación con factores biológicos y cognitivos continuaba siendo un campo poco investigado. Su objetivo era examinar si el proceso de duelo complicado estaba relacionado con factores como el rendimiento cognitivo y el volumen cerebral de los dolientes. Los resultados obtenidos indicaron que los participantes con dolor complicado mostraron menor rendimiento en las pruebas cognitivas realizadas y presentaron un volumen total de cerebro más pequeño que aquellos participantes que no atravesaban un proceso de duelo (31).

En el caso concreto de los ancianos, la patología cerebral de base podía conducir a modificaciones estructurales que se asocian con un deterioro cognitivo, pudiendo suponer dichos cambios un aumento de la vulnerabilidad al dolor complicado (31).

A pesar de estas afirmaciones, en términos generales es difícil determinar si algunas mediciones (como la pérdida de volumen cerebral) actúan como factor precipitante o son consecuencia del duelo complicado; por ello, es necesario inferir estas implicaciones clínicas con cautela. Los autores del estudio destacaron la importancia de evaluar también factores neuropsicológicos y biológicos como base de la complicación del duelo (31).

- Muerte repentina.

Cuando la muerte de un ser querido ocurre de forma repentina o inesperada, el sufrimiento de los familiares es aún más traumático y agudo que en otras circunstancias de muerte. En estas situaciones los mecanismos de afrontamiento del duelo pueden no ser suficientes, lo que puede generar una posible complicación del proceso (40).

El curso del duelo de individuos afligidos por la muerte inesperada de un familiar a menudo se caracteriza por sintomatología depresiva más intensa y prolongada en el tiempo, incluyendo la posibilidad de reagudización de patologías previas y de aparición de otras nuevas. En general, las muertes súbitas, inesperadas o no anticipadas, así como muertes al azar o muertes múltiples suponen una aceptación más traumática y una mayor prevalencia de duelo complicado (40).

- Suicidio.

La muerte por suicidio constituye uno de los principales factores de riesgo para la complicación del proceso de duelo. El suicidio expresa la voluntad de querer finalizar la

propia vida, algo comúnmente juzgado por el entorno social y que coloca a los familiares en una situación estigmatizante, realidad que supone una dificultad a la hora de afrontar su propio proceso. El suicidio cuestiona la funcionalidad familiar y aumenta el riesgo de obstáculos para la elaboración de un duelo adaptativo, situando a las familias en una tesitura de vulnerabilidad ante la desestructuración, la desorganización y la manifestación patológica (33,40).

En este tipo de muertes el familiar no tiene la oportunidad de despedirse del fallecido y experimenta sentimientos de incompreensión, confusión, rabia, enfado, impotencia, duda, preocupación por motivos que se consideren causa del suicidio, vergüenza e incluso culpabilidad, pudiendo llegar a rememorar imágenes traumáticas e intrusivas de la situación de muerte. El suicidio de un ser querido repercute en la funcionalidad y la estabilidad del individuo, generando un gran impacto a nivel individual, familiar y social (33,40).

Es importante destacar el hecho de que, aunque el suicidio sea un elemento a tener en cuenta ante la posible complicación del proceso de duelo, no todos los procesos de duelo por suicidio se complican. El desarrollo de dicho proceso dependerá de qué persona lo afronta y en qué momento de su vida, teniendo siempre en cuenta sus posibles antecedentes de salud mental y la relación o el tipo de apego establecido con el familiar fallecido (40).

- Situaciones de enfermedad terminal:
 - Cáncer.

Coincidiendo con los resultados obtenidos en los estudios de población general analizados anteriormente, que no tenían en cuenta qué tipo de enfermedad causó la muerte del fallecido, un estudio basado en el análisis de respuestas de 188 cuidadores informales cuyo familiar falleció por cáncer determinó que determinados factores, tales como menor nivel de educación del cuidador, mayores síntomas de depresión basales, ausencia de otros cuidadores y menor satisfacción con el apoyo social también se asociaron de manera positiva con la presencia de duelo complicado a los 12 meses tras la muerte. De la misma manera se determinó que las características demográficas del cuidador no fueron predictores consistentes de los resultados de duelo (41).

Los investigadores trataron de averiguar factores de riesgo potenciales para los resultados de duelo en cuidadores de pacientes con cáncer un año después de la pérdida, y

determinaron que aproximadamente el 19% de los cuidadores incluidos en la muestra sufrían duelo complicado. La depresión de base fue el factor que predecía este proceso de manera más consistente, así como otro tipo de trastornos psicológicos a largo plazo durante el duelo. Junto con los síntomas depresivos basales, otros factores como la edad más joven del paciente, su menor deterioro y mejor condición de salud se asociaron a la predicción de peores resultados de duelo (41).

El cuidado en casa de pacientes terminales durante sus últimos meses de vida da lugar a una serie de dificultades que pueden conducir a la complicación del proceso de duelo. Dichas dificultades, en el caso del cáncer, vienen principalmente dadas por la intensidad y gravedad de los síntomas padecidos por el paciente (dolor, disnea, fatiga...), que generan malestar físico y emocional en los cuidadores por la gran carga de trabajo que experimentan (42).

En este contexto, las áreas de mayor dificultad para los cuidadores son el dolor y la condición general del paciente, la carga de cuidados a la que deben hacer frente (tratamiento de síntomas y cuidados básicos) y el equilibrio entre sus ocupaciones personales o trabajo y la atención al enfermo, lo cual genera una gran angustia emocional en el individuo al verse obligado a mantener ambos (42).

Una de las principales causas del desarrollo de trastornos durante el proceso de duelo en este tipo de cuidadores es la fuerza del vínculo humano existente entre el fallecido y el familiar, así como la dependencia de éste. Entre las dificultades asociadas con más potencia al duelo complicado se encuentran la carga de trabajo y la alexitimia (42).

- Demencia.

El cuidado informal de pacientes con demencia supone un reto para sus familiares; tras su muerte, la pérdida persiste en el 7-20% de los casos en forma de duelo complicado (43).

Además de los factores de riesgo coincidentes con la población general tales como la depresión u otro tipo de trastornos psicológicos de base, los cuidadores de pacientes dementes sufren determinadas circunstancias únicas que pueden contribuir al desarrollo de duelo complicado, como la incapacidad para adaptarse a los cambios en la relación con el paciente como consecuencia de su enfermedad y la posibilidad de una muerte repentina, algo para lo que habitualmente no están preparados. Los cuidados proporcionados por el familiar suelen irse adaptando a las necesidades del enfermo

conforme éstas van modificándose en el transcurso de enfermedad; cuando el fallecimiento del paciente se produce de manera súbita, el cuidador debe no sólo hacer frente al declive sufrido por éste, sino también a un trauma imprevisto. En este sentido, la falta de preparación ante la muerte del paciente podría actuar como factor de riesgo adicional, además de otros como la percepción de la gran carga de cuidado que los familiares experimentan (43).

En este tipo de fallecimientos, el recuerdo de las circunstancias de la muerte podría ser el aspecto más incisivo en los resultados del proceso de duelo, generando como sensaciones predominantes la culpa, la duda y los recuerdos traumáticos (43).

4.4. Duelo complicado como factor de riesgo: consecuencias del duelo complicado

Una vez analizados los principales factores de riesgo para el duelo complicado, se debe tener en cuenta la consideración del proceso de duelo como potencial factor de riesgo para otro tipo de afecciones de distintas índoles, lo que supone un problema semioculto en la salud pública (44).

El transcurso del duelo supone un período de vulnerabilidad para el individuo ante posibles problemas psiquiátricos y alteraciones físicas; en algunos casos se produce el agravamiento de un trastorno previo o el debut de otro nuevo, a veces causado por la adopción de conductas de riesgo (consumo excesivo de alcohol, tabaco, medicamentos u otros tóxicos) y generalmente acompañado de desórdenes en el sueño y descanso. La situación de crisis producida en el duelo complicado aumenta el riesgo de muerte cardíaca súbita o de suicidio, puede tener efectos negativos sobre el sistema endocrino e inmune e incrementar el riesgo de morbimortalidad. Un fenómeno común es el de somatización, por el cual el doliente teme padecer la misma enfermedad que causó la muerte de su familiar (44).

Los dolientes en situación de duelo complicado presentan mayor riesgo de algunas enfermedades que dan lugar a una peor salud física, tales como cáncer, cardiopatías e hipertensión arterial, así como resultados psicosociales negativos, pudiendo sufrir síntomas de depresión o ansiedad, ideación suicida y limitación de su rol (35).

Algunos individuos pueden desarrollar síntomas propios de un trastorno de estrés postraumático. Esta sintomatología es mucho más común en aquellos individuos que

atravesan un proceso de duelo complicado tras la muerte de un ser querido a causa del suicidio (45).

En España, el problema de salud asociado con mayor frecuencia al duelo es el incremento del consumo de alcohol y/o fármacos en relación con la ansiedad, que se produce en el 50% de los casos. Además, el riesgo de aparición de depresión se cuadruplica, y alrededor del 10-34% de los dolientes desarrollan algún tipo de duelo disfuncional. Todo ello genera una gran repercusión en el sistema sanitario, llegando a incrementarse en un 80% las consultas realizadas anualmente a los centros de salud por parte de la población en duelo (24).

4.5. Intervención y tratamiento

Existen tantas maneras de responder al duelo como dolientes, lo que complica la diferenciación de aquellos que sí necesitan intervención profesional respecto de aquellos que no la precisan. El duelo es un proceso que habitualmente se resuelve de manera adaptativa sin necesidad de ayuda especializada ni de intervención psicológica o farmacológica alguna. A pesar de las posibles alteraciones que éste puede causar en la vida del doliente, no es considerado un proceso patológico como tal, por lo que en primera instancia no conlleva la asociación de un tratamiento específico establecido. En términos generales, la intervención está indicada cuando el dolor es excesivamente prolongado y grave; el mínimo tiempo recomendado para el diagnóstico y tratamiento del duelo es de 6 a 12 meses, pero existen casos en los que dicho tratamiento es requerido mucho antes de cumplirse este período tiempo. Es sabido que en situaciones en las que el doliente es capaz de superar su proceso por sí mismo, la intervención especializada no proporciona beneficio alguno, pudiendo incluso llegar a ser perjudicial por perturbar su transcurso innecesariamente (7,9,27).

El principal punto de partida a la hora de seleccionar la intervención de atención al duelo más adecuada para cada doliente, en caso de que dicha intervención sea necesaria, consiste en la determinación de la necesidad individual que el doliente tiene de ésta, basada en la naturaleza del duelo al que se enfrenta y la situación en la que se encuentra el individuo (9).

Para ello, sería necesario realizar una evaluación del duelo, dirigida principalmente a los cuidadores de pacientes en los servicios de cuidados paliativos, que se llevaría a cabo en

dos momentos clave del proceso: pre-muerte y post-muerte. La evaluación pre-muerte, que debe incluir preguntas claras y sencillas, se considera la mejor oportunidad para el contacto en persona con el familiar, a pesar de ser un momento que comporta ciertas dificultades debido a su propio estado emocional y a la situación del paciente. La evaluación post-muerte debería llevarse a cabo tanto a corto como a largo plazo; sin embargo, la mayor dificultad para que se realice es la pérdida de contacto con el familiar tras la muerte del paciente, lo que imposibilita la comunicación con él (9,28).

Existen tres líneas generales de actuación (9):

- Proceso de duelo normal: no se aconsejan intervenciones formales.
- Proceso de duelo de riesgo: es importante llevar a cabo un seguimiento regular del estado del doliente, valorando su necesidad de psicoterapias específicas.
- Proceso de duelo complicado: se recomienda la derivación directa a servicios especializados que proporcionen intervenciones específicas.

Manuel Fernández-Alcántara et al. (9) propusieron cuatro niveles básicos de intervención en la provisión de cuidados relacionados con el duelo. El primero de ellos es el **nivel preventivo**, que pretende la preparación ante la muerte y la educación en procesos de duelo para individuos que aún no se han visto obligados a experimentar sus fases. Su utilización va dirigida a población general (no doliente), y podría ser posible a través de diferentes vías, tales como charlas en asociaciones, conferencias en centros educativos o cursos de formación para profesionales sanitarios. Este sería el nivel más ventajoso, pero aún se dispone de poca información sobre su efectividad.

Los dos siguientes niveles de intervención sobre el duelo serían el acompañamiento y el asesoramiento psicológico, ambos puestos en marcha tras el fallecimiento. El **acompañamiento** consiste en la ayuda no profesional por parte de voluntarios o grupos de autoayuda, así como por cualquier figura con formación específica en este ámbito. A diferencia de éste, el **asesoramiento psicológico** solamente podría llevarse a cabo por profesionales con formación consolidada en esta área. Este último nivel pretende facilitar las tareas del duelo para promover su resolución sin que éste se complique, mediante técnicas de intervención generales y específicas, que detallaremos a continuación (9):

El acrónimo REFINO representa las técnicas generales: R (buena relación con el paciente), E (escucha activa), F (facilitar la expresión emocional), I (informar de lo que se ya conocer sobre el proceso de duelo), N (normalizar sus manifestaciones), O

(orientar). Por su parte, existen técnicas específicas, como la anticipación de fechas clave (aniversarios, cumpleaños, o cualquier otro acontecimiento que pueda despertar de manera más intensa los sentimientos de tristeza del doliente), escribir sobre el fallecido y su pérdida o dibujar para expresar emociones, entre otras (9).

El último nivel de intervención propuesto para la atención del duelo es la denominada **terapia en duelo**, que persigue la identificación y resolución de conflictos asociados a la manifestación de un proceso de duelo complicado. Los resultados obtenidos por parte de los diversos planteamientos empleados no son aún concluyentes, ya que existen grandes dificultades metodológicas en relación al establecimiento de un criterio diagnóstico y a la diversidad de las muestras estudiadas (9).

De acuerdo con Serrano Goytía (7), Worden propuso que la terapia de duelo tendría que identificar y solucionar aquellas dificultades que imposibilitasen al doliente la completa realización de las tareas que este proceso conlleva.

Las múltiples terapias propuestas como tratamiento para el duelo complicado trabajan aspectos similares desde perspectivas muy diversas. Hoy en día existe un gran número de terapias que enfocan el proceso de adaptación al duelo mediante diferentes métodos, todos ellos orientados a la consecución de la resolución del proceso de manera sana y definitiva. Algunos ejemplos de terapias específicas son la psicoterapia focal, que trata de convertir la respuesta patológica a la pérdida en otra más adecuada mediante el reconocimiento por parte del individuo de su propio dolor, sus miedos e incapacidades; la terapia de re-duelo, que expone al individuo a sus recuerdos y experiencias en torno al fallecido, con el fin de que éste acepte lo sucedido, experimente y exprese sus emociones; o el tratamiento de duelo complicado de Katherine Shear, encuadrado dentro de la teoría de apego de Bowlby y que trata de dotar de herramientas al sujeto para poder revivir la experiencia, exponerse a situaciones que hasta entonces evitaba y expresar su dolor. Tales terapias deben ser abordadas por profesionales de la salud con formación sólida en este ámbito (7,9,43).

Sin embargo, también existe un campo de actuación acotado para profesionales sanitarios no especializados en el área del duelo. El equipo sanitario a cargo del paciente puede plantear intervenciones sencillas, como la psicoeducación sobre la enfermedad, que incluye el concepto de que aquellas complicaciones que influyen negativamente sobre el proceso de duelo pueden ser abordadas, proporcionando esperanzas de mejora y alivio al individuo. Otra herramienta a tener en cuenta es la explicación al doliente del duelo como proceso de evolución, informando de que, en ocasiones, el duelo complicado se relaciona

con la evitación de recuerdos sobre el fallecido, y pretendiendo con ello la disminución de dichas evitaciones. El personal sanitario puede intentar corregir falsas creencias que el doliente experimente con respecto al proceso, tales como creer que sufrir es la única manera de honrar al difunto o sentirse responsable de la muerte, y puede proporcionar ayuda para la preparación anticipada ante aniversarios o eventos importantes, que podrían causar un mayor malestar en el individuo (27).

No obstante y, a pesar de la posibilidad de haber empleado dichas herramientas, cuando el doliente manifiesta síntomas persistentes, comorbilidad significativa o ideación o comportamiento suicida, debe ser inmediatamente derivado a un servicio psiquiátrico especializado para la asignación de un tratamiento o la elección de psicoterapia específica para sus necesidades (27).

En algunos casos, la **farmacología** es también un componente presente en el tratamiento para el duelo complicado; a pesar de no existir aún demasiada evidencia científica, se cree que el tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Paroxetina, Escitalopram...), es el que mejores resultados podría tener sobre los dolientes (27,29).

Las benzodiacepinas han sido rechazadas como tratamiento beneficioso para el duelo complicado, ya que su consumo de manera habitual podría generar dependencia psicológica y física en el individuo e influir en su capacidad de aprendizaje y memoria, hecho que resultaría perjudicial al tratarse de un proceso de adaptación a la pérdida (27).

4.6. Papel de enfermería

El personal de enfermería cuenta con un papel fundamental en la comunicación del cuidador con el equipo sanitario en el momento inmediatamente posterior tras la muerte de su familiar. En situaciones de fallecimiento reciente, son pocas las oportunidades de las que disponen los profesionales sanitarios para interactuar con la familia, por lo que la comunicación establecida con ésta debe ser adecuada desde el principio, mostrando compasión y empatía en todo momento y brindando la información necesaria con la sensibilidad que la situación precisa. El abordaje del proceso de duelo desde la perspectiva enfermera difiere según el contexto en el que nos encontremos. En cualquier caso, toda intervención debe realizarse desde la sutileza, la prudencia y el respeto a su dignidad como ser humano (44,46).

En el caso concreto de muerte por suicidio, las experiencias en el período inmediatamente posterior al fallecimiento pueden influir de manera directa en el proceso de duelo. El personal de emergencias y, entre ellos, las enfermeras, son las figuras que mayoritariamente establecen la toma de contacto inicial con un doliente tras el suicidio de su ser querido, por lo que su interacción con ellos podría influir en su proceso de recuperación tras la pérdida (47).

En este sentido, los trabajadores de servicios de urgencias y emergencias intra o extrahospitalarias cobran especial importancia, ya que en múltiples ocasiones deben iniciar la comunicación con familiares que se enfrentan a la pérdida de un ser querido y a su correspondiente proceso de duelo de manera repentina. Tricia Scott (46) plantea algunas pautas para este tipo de situaciones, que generalmente resultan complicadas para el personal de enfermería. Inicialmente, recomienda evaluar el grado de información del que dispone el individuo, para así saber en qué punto de conocimiento del suceso se encuentra. Generalmente, los familiares agradecen cualquier la información que les sea proporcionada; la enfermera a cargo debe informar de aquellos aspectos del incidente que son de su competencia, seleccionando las palabras más adecuadas, evitando clichés o frases hechas y proporcionando el tiempo necesario para la asimilación de la noticia. El apoyo emocional brindado a los familiares conmovidos pone a prueba la fortaleza emocional de las enfermeras, siendo un aspecto de la comunicación emocionalmente exigente para ellas; es fundamental mostrar empatía y ofrecer sus cuidados sin interferir en el proceso de asimilación de lo ocurrido.

Las respuestas de los individuos ante la muerte de sus seres queridos son muy variables y dependen tanto de la personalidad del propio sujeto como de las circunstancias en las que el fallecimiento se produce. En algunas ocasiones, el familiar opta por desaparecer de la escena; esta conducta se produce por la percepción del evento como demasiado intenso para poder aceptarlo. Una respuesta a la que se debe prestar especial atención es la aceptación inmediata de la muerte, pues en algunos casos refleja el hecho de que el familiar está tan conmovido que es incapaz de expresar ningún tipo de emoción. Sea cual sea la respuesta ofrecida, las enfermeras deben mostrar su apoyo al familiar en duelo y respetar su experiencia personal y manifestación única de dolor (46).

En el contexto hospitalario, los y las profesionales enfermeras presencian a diario el fallecimiento de los pacientes y son testigos de la angustia y el dolor sentido por sus familiares, algo que en muchas ocasiones resulta difícil de manejar. Debido a la atención

directa y continuada prestada por parte de las enfermeras hacia pacientes y familiares, su papel en la preparación ante el duelo es primordial. En este ámbito, algunas de las funciones más destacadas son (48):

- Valorar las necesidades, reacciones y comportamientos de los dolientes ante la pérdida de su ser querido.
- Aclarar dudas acerca del proceso de duelo, explicar sus etapas y ofrecer recomendaciones para lograr la aceptación de la situación.
- Proporcionar los cuidados asistenciales que el enfermo precise (tratar de evitar su dolor, proporcionar medidas de bienestar y confort...).

La información sobre el duelo proporcionada por el personal de enfermería (qué es el duelo, cuáles son sus fases y sus manifestaciones más comunes), ha demostrado ser eficaz como intervención para disminuir el grado de preocupación y miedo ante la muerte y el proceso de morir en familiares de pacientes crónicos terminales (48).

Situándonos ahora desde la perspectiva de la atención primaria, la detección de numerosos procesos de duelo complicado ya instaurados lleva a pensar que el seguimiento del transcurso del duelo debería ser establecido como tarea prioritaria a nivel preventivo en atención primaria, entendido como el mejor nivel asistencial para brindar apoyo a los dolientes. A pesar de ello, los factores de riesgo que potencialmente complicarían el proceso no se estudian, por lo que no se llevan a cabo las intervenciones preventivas adecuadas para el manejo de dichos factores (44).

Los cuidados primarios del duelo deben tener cinco características (44):

- Integrales, pues los cuidados han de estar orientados a las esferas biológica, psicológica, social y espiritual.
- Accesibles, ya que la atención primaria es el nivel de entrada al sistema sanitario.
- Coordinados, porque incluyen el trabajo colaborativo y la derivación a otros niveles asistenciales.
- Longitudinales en tiempo, ya que el duelo conlleva un período que abarca el antes, el durante y el después de la muerte.
- Esenciales, pues se basan en estrategias psicológicas básicas, como la comunicación y el consejo sanitario.

La enfermera de atención primaria tiene una posición privilegiada y única para brindar cuidados durante el duelo, debido a la relación terapéutica de confianza establecida con

sus pacientes, que posibilita con mayor facilidad la expresión de sentimientos, la detección de factores que afecten al proceso y la adaptación positiva al cambio (49).

4.6.1. Formación en enfermería

A día de hoy, los avances con los que cuenta el sistema sanitario han tendido a una cierta tecnificación de los cuidados enfermeros, la cual, en ocasiones da lugar a una disminución de la escucha activa y a un empobrecimiento de la relación terapéutica con los pacientes. A pesar de ello, la figura de la enfermera continúa siendo la idónea para la atención en el proceso de duelo, debido a su formación en el ámbito biopsicosocial y a sus destrezas comunicativas en términos de educación para la salud (48).

El personal de enfermería se enfrenta a diario con la muerte y el sufrimiento, motivo por el que la formación específica en este campo es necesaria desde el inicio de sus estudios universitarios, siendo ésta cada vez más demandada (24).

Según indican Tania Sánchez Guio y David Delgado Sevilla (24), de las 46 facultades o escuelas de enfermería actuales en España, el 62% imparten asignaturas específicas de cuidados paliativos, el 26% los incluye en programas de otras asignaturas obligatorias o básicas y el 12% restante no dispone de una organización clara de la información acerca de cuidados paliativos y duelo dentro de su programa formativo. Según indican, los modelos de enseñanza teórica y práctica actuales no dotan a los estudiantes de la suficiente información en relación al duelo. Estos resultados concuerdan con los referidos en estudios previos, que señalan que los estudiantes de enfermería no saben cómo abordar el duelo adecuadamente durante sus prácticas clínicas (24).

En relación a ello, las percepciones de varias enfermeras de unidades de cuidados críticos coinciden en que el contenido en atención al final de la vida proporcionado en los programas formativos en enfermería continúa siendo insuficiente. Además, ellas mismas afirman sentirse limitadas en el conocimiento relacionado con el cuidado y la atención post-mortem respecto a las posibles consideraciones religiosas y culturales de los pacientes, así como en las cuestiones sociales y legales relacionadas con el proceso, ante las que deben responder cuando la figura del trabajador social no se encuentra disponible (30).

4.6.2. Duelo en enfermería

Es esencial que el personal de enfermería sea capaz de identificar sus propias respuestas ante la muerte y de desarrollar estrategias para evitar sentimientos de duelo acumulativo, factor potencialmente limitante para su funcionamiento personal. El apego emocional con pacientes cercanos a la muerte no es extraño, y aunque el establecimiento de una relación terapéutica positiva y el compromiso con la salud del paciente y su familia son pilares claves de la buena praxis enfermera, un vínculo extremadamente cercano con el enfermo puede derivar en consecuencias emocionalmente negativas cuando éste fallece (30).

Una técnica empleada habitualmente es la llamada desconexión emocional, que consiste en una implicación en los cuidados físicos al paciente y un distanciamiento emocional y social de la situación del mismo. Esta barrera no ha de interferir en la atención de las necesidades de la familia en duelo, sino ayudar al personal de enfermería a ejercer cierto control sobre su implicación emocional con los pacientes, permitiendo así una participación sana y positiva en sus cuidados (30).

5. LIMITACIONES

La principal limitación con la que me he enfrentado en este trabajo es que debido a la variedad de definiciones y nomenclaturas que recibe el proceso de duelo cuando éste se desvía de su curso normal, es complicado realizar una búsqueda bibliográfica completa sobre el concepto, por lo que es posible que cierta información relevante haya quedado fuera de esta revisión al no haber podido abarcar todos los términos relacionados.

Otra de las limitaciones consiste en que gran parte de estudios empleados informan de la rigurosidad y cautela con la que se deben inferir sus resultados. Dichos estudios utilizan muestras de población diversas y heterogéneas entre sí, por lo que las conclusiones obtenidas podrían no ser siempre aplicables de manera general.

Por último y debido a los filtros limitadores empleados, es posible que exista bibliografía relevante que no haya sido tomada en cuenta por estar escrita en otros idiomas.

6. CONCLUSIONES

Una de las principales dificultades detectadas a la hora de estudiar el duelo complicado es el desacuerdo existente en relación a la nomenclatura que recibe ya que, en función del autor o de la clasificación en la que éste lo incluya, presenta una terminología diferente.

La no existencia de un consenso unificado sobre qué es exactamente el duelo complicado y cuáles son sus variantes dificulta el establecimiento de planes de acción y causa conflictos a la hora de diagnosticarlo y, por tanto, tratarlo.

El hecho de que aún no se hayan implantado herramientas estandarizadas en el sistema sanitario para la detección de procesos de duelo complicado genera una falta de atención a este problema de salud, que hoy en día continúa siendo infradiagnosticado a pesar de los numerosos efectos negativos que causa a quienes afecta. En ocasiones, el duelo complicado queda oculto bajo sintomatología derivada del mismo, que se traduce en un empobrecimiento de la salud física y mental del individuo sin que verdaderamente se ahonde en su etiología.

La población en duelo se encuentra en una situación personal difícil, por lo que la obtención de muestras de población amplias y diversas para la participación en determinadas investigaciones puede ser costosa. A pesar de ello y de los avances logrados hasta el día de hoy, continúa siendo necesario un mayor volumen de estudios que clarifiquen el proceso de duelo complicado y sus factores de riesgo, así como otros que desarrollen intervenciones clínicas adecuadas y prueben su efectividad.

El duelo complicado continúa siendo un problema de salud mal abordado. En general, el personal de enfermería no se siente capacitado para ello, ya sea por falta de seguridad, de formación o de recursos. Sería recomendable la implantación de mayor contenido referente al duelo durante el grado universitario y posteriormente, para generar una mayor conciencia y aumentar la capacidad de abordaje del proceso en la práctica clínica.

Los familiares constituyen una parte fundamental de la atención de enfermería brindada al paciente y, como tal, deben ser incluidos en el plan de cuidados del mismo. En situaciones de muerte inminente, la familia cobra especial importancia, y todos los miembros del equipo sanitario han de ser capaces de afrontar las posibles dificultades planteadas en la comunicación y el trato con la misma.

Sería beneficioso conocer la verdadera casuística del duelo complicado a la hora de establecer intervenciones enfermeras efectivas y útiles para su tratamiento.

La investigación futura podría ir encaminada a conseguir un criterio unificado para el diagnóstico de duelo complicado, así como una herramienta estandarizada para la identificación del mismo en los diversos niveles de atención sanitaria.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora Lourdes su esfuerzo y su dedicación durante la elaboración de este trabajo. Gracias por guiarme desde el principio y por ayudarme a hacer fácil lo difícil.

Del mismo modo, al personal de la Biblioteca de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, por su accesibilidad y amabilidad en todo momento.

Por último, me gustaría agradecer a mi familia y especial a mi hermana Laura, por ayudarme siempre y apoyarme incondicionalmente en todo lo que hago.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(3):163-176.
- (2) Caycedo Bustos ML. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007; 36(2):332-339.
- (3) Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enfermería Global*. 2009; (15):1-9.
- (4) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid. [Acceso 2 enero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2jr5CmV>
- (5) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: 2014 [Acceso 16 enero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2I8gx2Y>.
- (6) Asociación Española Contra el Cáncer. Duelo [Internet]. Madrid: 2017 [Acceso 26 enero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2HOiGh5>.
- (7) Serrano Goytía J. Consideraciones en Torno al Proceso de Duelo, su Manifestación y su Tratamiento. *Rev Puertorriquena Psicol*. 2002; 13:137-185.
- (8) Pelegrí Moya M, Romeu Figuerola M. El duelo, más allá del dolor. Desde el jardín de Freud. 2011; (11):133-148.
- (9) Fernández-Alcántara M, Pérez-Marfil MN, Catena-Martínez A, Cruz-Quintana F. Actualidad y complejidad de los procesos de duelo y pérdida. *Estud Psicol*. 2017; 38(3):570-581.
- (10) Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 3ª ed. Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori; 1975.
- (11) Cuadrado Salido D. Las cinco etapas del cambio. *Capital Humano* 2010; (241):54-58.

- (12) Organización Panamericana de la Salud. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª ed. Washington; 1995.
- (13) American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (14) Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. *Psicooncología*. 2012; 9(2-3):355-368.
- (15) American Psychiatric Association, First MB. DSM-V. Manual de Diagnóstico Diferencial. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (16) NNN Consult [Internet]. Elsevier; 2014 [Acceso 29 enero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2FAEk6o>.
- (17) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid. [Acceso 4 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2AhPTOm>.
- (18) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid. [Acceso 4 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2jIwfK6>.
- (19) Alberdi I. Un nuevo modelo de familia. *Papers* 1982; 18:87-112.
- (20) Valdivia Sánchez C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF* 2008; 1:15-22.
- (21) Martínez-Monteaugudo MC, Estévez E, Inglés C. Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Psicología.com* 2013; 17(6):1-22.
- (22) Espinal I, Gimeno A, González F. El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. *Psicología.com*. 2013; 17(6):1-14.
- (23) Frasser Acevedo W. Teoría General de Sistemas. *Revista Teckne*. 2006; (1):30-32.

- (24) Sánchez Guio T, Delgado Sevilla D. Revisión sistemática de la formación acerca del duelo en los planes de estudios de enfermería en España. *Revista Científica de Enfermería*. 2017; (13):24-35.
- (25) Declaración de Torrejón para la humanización de los cuidados intensivos [Internet]. Madrid: Hospital Universitario de Torrejón; 2015 [Acceso 10 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1HNK1xd>.
- (26) Ruiz Antúnez E. La figura del cuidador principal. Apoyo de enfermería. *Rev enferm CyL* 2013; 5(1):2.
- (27) Simon NM. Treating Complicated Grief. *JAMA*. 2013; 310(4):416-423.
- (28) Sealey M, O'Connor M, Aoun SM, Breen LJ. Exploring barriers to assessment of bereavement risk in palliative care: perspectives of key stakeholders. *BMC palliat care*. 2015; 14(49):1-12.
- (29) Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and Complicated Grief. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15(11):1-13.
- (30) Shariff A, Olson J, Santos Salas A, Cranley L. Nurses' experiences of providing care to bereaved families who experience unexpected death in intensive care units: A narrative overview. *Can J Crit Care Nurs*. 2017; 28(1):21-29.
- (31) Saavedra Pérez HC, Ikram MA, Direk N, Prigerson HG, Freak-Poli R, Verhaaren BFJ, et al. Cognition, structural brain changes and complicated grief. A population-based study. *Psychol Med*. 2015; 45(7):1389-1399.
- (32) Bruinsma SM, Tiemeier HW, Heemst JV, Van der Heide A, Rietjens JAC. Risk Factors for Complicated Grief in Older Adults. *J Palliat Med*. 2015; 18(5):438-446.
- (33) Garcíandía Imaz JA. Familia, suicidio y duelo. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013; 43(1):71-79.
- (34) Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin MB. Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(3):540-550.

- (35) Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K, Ito M, Nakajima S, Shirahase J, et al. Association between Quality of End-of-Life Care and Possible Complicated Grief among Bereaved Family Members. *J Palliat Med.* 2014; 17(9):1025-1031.
- (36) Probst DR, Gustin JL, Goodman LF, Lorenz A, Wells-Di Gregorio SM. ICU versus Non-ICU Hospital Death: Family Member Complicated Grief, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms. *J Palliat Med.* 2016; 19(4):387-393.
- (37) Villacieros M, Serrano I, Bermejo JC, Magaña M, Carabias R. Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning. *Anales de Psicología.* 2014; 30(3):944-951.
- (38) Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, Mori M, Shima Y, Tsuneto S, et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 54(1):17-26.
- (39) Otani H, Yoshida S, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Shima Y, et al. Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, Is Associated With Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 54(3):273-279.
- (40) Victoria García-Viniegras CR, Pérez Cernuda C. Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2013; 12(2):265-274.
- (41) 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(7):745-751.
- (42) Ando M, Ninosaka Y, Okamura K, Ishi Y. Difficulties in Caring for a Patient With Cancer at the End of Life at Home and Complicated Grief. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine.* 2015; 32(2):173-177.
- (43) Supiano KP, Andersen TC, Burns Haynes L. Sudden-On-Chronic Death and Complicated Grief in Bereaved Dementia Caregivers: Two Case Studies of Complicated Grief Group Therapy. *J Soc Work End Life Palliat Care.* 2015; 11(3-4):267-282.

- (44) Victoria García-Viniegras CR, Grau Abalo JA, Infante Pedreira OE. Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; 30(1):121-131.
- (45) Mitchell AM, Terhorst L. PTSD Symptoms in Survivors Bereaved by the Suicide of a Significant Other. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2017; 23(1):61-65.
- (46) Scott T. Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. *Emerg Nurse*. 2013; 21(8):36-39.
- (47) Peters K, Cunningham C, Murphy G, Jackson D. Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *Int J Ment Health Nurs*. 2016; 25(5):418-425.
- (48) Sánchez Guio T, Becerril Ramírez N, Delgado Sevilla D. Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza. *Revista Científica de Enfermería*. 2016; (11):1-26.
- (49) Redshaw S, Harrison K, Johnson A, Chang E. Community nurses' perceptions of providing bereavement care. *Int J Nurs Pract*. 2013; 19(3):344-350.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Documentos seleccionados para la revisión

TÍTULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	PRINCIPALES HALLAZGOS
Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients	Otani H, Yoshida S, Morita T et al.	2017	Estudio analítico cuantitativo	La comunicación significativa entre paciente y familia se asocia con mejores resultados de duelo. Los profesionales de la salud deberían promover dicha comunicación.
Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care	Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y et al.	2017	Estudio analítico cuantitativo	Las discusiones al final de la vida se asocian con buena calidad de muerte y de cuidado, pudiendo disminuir la presencia de duelo complicado.
Actualidad y complejidad de los procesos de duelo y pérdida	Fernández-Alcántara M, Pérez-Marfil MN, Catena-Martínez A, et al.	2017	Artículo de revista	El proceso de duelo complicado requiere mayor atención en la investigación, para lo cual es necesario el desarrollo de una adecuada mentalidad y formación.
Nurses' experiences of providing care to bereaved families who experience unexpected death in intensive care units: a narrative overview	Shariff A, Olson J, Santos Salas A, et al.	2017	Revisión narrativa	Estrategias como optimizar la capacitación del personal o mejorar la formación en enfermería ayudarían en el abordaje del soporte al duelo en circunstancias inesperadas.
Revisión sistemática de la formación acerca del duelo en los planes de estudios de enfermería en España	Sánchez Guio T, Delgado Sevilla D	2017	Revisión sistemática	Formación universitaria sobre atención en duelo y cuidados paliativos es esencial para la correcta actuación posterior en tales ámbitos.
Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study	Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB et al.	2017	Estudio analítico cuantitativo	Los síntomas de aflicción y depresión graves previos a la pérdida actúan como factores predictores clave del duelo complicado.

PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other	Mitchell AM, Terhorst L	2017	Estudio descriptivo cuantitativo	La muerte por suicidio puede conducir al desarrollo de trastorno de estrés postraumático en individuos con bajo nivel de salud mental y respuestas de duelo complicado.
Helpful and unhelpful responses after suicide: experiences of bereaved family members	Peters K, Cunningham C, Murphy G et al.	2016	Estudio descriptivo cualitativo	Las respuestas de los servicios de emergencias a dolientes tras una muerte por suicidio son a menudo insensibles y no concordantes con sus necesidades; la capacitación de los profesionales en este ámbito es esencial.
Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza	Sánchez Guio T, Becerril Ramírez N, Delgado Sevilla D	2016	Estudio analítico cuasiexperimental de diseño pre post intervención	La información sobre el duelo proporcionada por la enfermera es una intervención eficaz en la disminución de la ansiedad y el miedo a la muerte en familiares de pacientes terminales.
ICU versus non-ICU hospital death: family member complicated grief, posttraumatic stress, and depressive symptoms	Probst DR, Gustin JL, Goodman LF et al.	2016	Estudio descriptivo de cohorte observacional	En el entorno de los cuidados intensivos, la atención al bienestar emocional del paciente y a las percepciones de la familia puede resultar beneficiosa en la disminución de su angustia.
Exploring barriers to assessment of bereavement risk in palliative care: perspectives of key stakeholders	Sealey M, O'Connor M, Aoun SM et al.	2015	Estudio descriptivo cualitativo	Las barreras para evaluar el riesgo de duelo en cuidados paliativos se asocian con problemas del sistema y con la logística del contacto entre el servicio y los cuidadores. Una evaluación exhaustiva de dicho riesgo puede determinar qué tipo de apoyo necesita el doliente.
Sudden-on-chronic death and complicated grief in bereaved dementia caregivers: two case studies of complicated grief group therapy	Supiano KP, Andersen TC, Haynes LB.	2015	Estudio descriptivo cualitativo	La terapia de grupo de duelo complicado para cuidadores de pacientes con demencia, que aborde aspectos como el trauma por la muerte inesperada o el cambio en la relación con el difunto, es un tratamiento prometedor.

Cognition, structural brain changes and complicated grief. A population-based study	Saavedra Pérez HC, Ikram MA, Direk N et al.	2015	Estudio analítico cuantitativo	Las intervenciones para procesos de duelo complicado podrían incluir apoyo cognitivo y prevención de factores de riesgo vascular, para así retardar el proceso de atrofia cerebral.
Risk factors for complicated grief in older adults	Bruinsma SM, Tiemeier HW, Heemst JV et al.	2015	Estudio analítico de casos y controles	El proceso de duelo complicado en adultos no está claramente asociado con las circunstancias de la muerte, sino más bien con las condiciones previas a ella.
Difficulties in caring for a patient with cancer at the end of life at home and complicated grief	Ando M, Ninosaka Y, Okamura K et al.	2015	Estudio analítico cuantitativo	La condición del paciente, la perspectiva del cuidador y la ausencia de apoyo son factores potencialmente contribuyentes a la complicación del proceso de duelo.
Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning	Villacieros M, Serrano I, Bermejo JC et al.	2014	Estudio analítico transversal	El bienestar psicológico y la satisfacción con el apoyo social percibido actúan como factores predictores del proceso de duelo complicado.
Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members	Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K et al.	2014	Estudio analítico cuantitativo	Las percepciones familiares sobre la calidad de atención al final de la vida se asocian con resultados de duelo. Intervenciones destinadas a mejorar la satisfacción familiar y ayudar al paciente a completar sus propósitos pueden evitar el desarrollo de duelo complicado.
Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives	Scott T	2013	Artículo de reflexión	Los profesionales de urgencias consideran difícil proporcionar apoyo al duelo. Los líderes clínicos deben garantizar que las políticas incorporen información referente para orientar al personal en el cuidado del duelo repentino.
Bereavement and complicated grief	Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K	2013	Artículo de revisión	Se necesita llegar a un acuerdo sobre el mejor nombre para el trastorno de duelo y a un consenso sobre los criterios para su diagnóstico.

Familia, suicidio y duelo	Garciandía Imaz JA	2013	Revisión narrativa	El impacto del suicidio genera en la familia alteraciones mentales y dificultades interpersonales; es importante intervenir de manera temprana para prevenirlas.
Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression	Allen JY, Haley WE, Small BJ et al.	2013	Estudio analítico cuantitativo	Utilizar información disponible acerca de los factores de riesgo del doliente sería útil para dirigir los servicios de ayuda a los usuarios que puedan beneficiarse de ellos.
Treating complicated grief	Simon NM	2013	Estudio descriptivo cualitativo	Los dolientes con duelo complicado presentan mayor riesgo de resultados adversos para su salud; deben ser evaluados, diagnosticados y considerados para tratamiento.
Community nurses' perceptions of providing bereavement care	Redshaw S, Harrison K, Johnson A et al.	2013	Estudio descriptivo cualitativo	En el campo de la enfermería comunitaria se percibió un doble rol holístico de cuidado: cuidado al paciente terminal y cuidado a su familia, percibidos como proyecto unificado.
Duelo ante muerte por suicidio	Victoria García-Viniegras CR, Pérez Cernuda C	2013	Estudio analítico cualitativo	La asistencia a los familiares en duelo tras una muerte por suicidio no se debe obviar en la práctica sanitaria, especialmente, en el nivel primario de atención.
Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención	Victoria García-Viniegras CR, Grau Abalo JA, Infante Pedreira OE	2013	Revisión narrativa	El duelo supone un riesgo para la aparición de enfermedades; el equipo de atención primaria es el indicado para atender este problema, muchas veces oculto.
Consideraciones en torno al proceso de duelo, su manifestación y su tratamiento	Serrano Goytía J	2002	Artículo revisado por pares	El trabajo de ayuda al doliente debe proporcionar apoyo, facilitar el reajuste y aminorar síntomas y manifestaciones patológicas; para ello, la aceptación de las creencias y la cultura del doliente es crucial.

