



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Trabajo de Fin de Máster

Máster en Psicología General Sanitaria

**Variables asociadas al Duelo Complicado
tras una muerte traumática: Una revisión
sistemática**

*Variables associated with Complicated Grief after a traumatic
death: A systematic review*

Curso académico 2016-2017

Autor: Mari Carmen Mañas Padilla

Tutor: Martín Salguero Noguera

Resumen: El duelo es una experiencia humana universal, única y dolorosa que puede delimitarse en el tiempo, presenta una evolución previsiblemente favorable y requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación. No obstante, cuando no sigue el curso esperado, se le suele denominar duelo complicado (DC), patológico o persistente. Una de las variables asociadas a un peor proceso del duelo es el haber sufrido la muerte traumática de un ser querido. El propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática para poder responder a la cuestión de, si existen variables que puedan predecir las complicaciones en el duelo a largo plazo, tras una muerte traumática. Se llevó a cabo una búsqueda electrónica de los artículos publicados en inglés y en español a través de las bases de datos PubMed y PsycInfo, encontrando 14 trabajos empíricos. Los resultados sugieren un acuerdo en que, el apoyo social y estrategias de afrontamiento adecuadas se relacionan con menos niveles de duelo. Sin embargo, los resultados son diversos con respecto al resto de variables analizadas (género, edad, TEPT...) y no permiten obtener conclusiones claras. Es necesario ampliar la investigación en este campo con el objetivo de profundizar en el conocimiento sobre qué factores permiten explicar y el duelo complicado tras una muerte traumática.

Palabras clave: duelo traumático, pérdida traumática, revisión sistemática.

Abstract: Grief is a universal, unique and painful human experience that can be delimited over time, present a predictable evolution and requires the need to adapt to the new situation. Nevertheless, when it does not follow the expected course, is often referred to as complicated grief (CG), pathological or persistent. One of the variables associated with a worst grieving process is to have suffered the traumatic death of a loved one. The purpose of this study was to perform a systematic review in order to answer the question of whether there are variables that can predict long-term grief complications following a traumatic death. An electronic search of articles published in English and Spanish was conducted through the PubMed and PsycInfo databases, and found 14 empirical papers. The results suggest an agreement in which, social support and appropriate coping strategies are related to levels of mourning. However, the results are different with respect to the other variables analyzed (gender, age, PTSD...) and do not allow get clear conclusions. Further empirical studies are needed with the aim of deepening the knowledge about what factors allow explaining the complicated grief after a traumatic death.

Key words: traumatic grief, traumatic loss, traumatic bereavement, systematic review.

Introducción

El duelo es definido como la reacción emocional, psicológica, cognitiva y comportamental que se produce a partir de la pérdida de una persona significativa. Es una experiencia humana universal, única y dolorosa que puede delimitarse en el tiempo, presenta una evolución previsiblemente favorable y requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2012). No obstante, este proceso comprende a menudo un conjunto de reacciones negativas que implican deterioro funcional. La investigación ha demostrado la multidimensionalidad de las reacciones de duelo con distintos tipos de emociones, deterioro cognitivo, problemas de salud y deterioro del funcionamiento (Bonanno, Neria, Mancini, Coifman, Litz, y Insel, 2007). Los estudios también han demostrado que el duelo se asocia con un mayor riesgo de mortalidad, primordialmente en la fase inmediatamente posterior a la pérdida, así como problemas interpersonales, abuso de sustancias, enfermedades físicas, (Lichtenthal, Cruess, y Prigerson, 2004; Stroebe, Schut, y Finkenauer, 2001) y una relación con el uso de los servicios hospitalarios (Stroebe, Schut, y Stroebe, 2007). De esta manera, el duelo se puede complicar dando lugar al proceso conocido como duelo complicado.

Duelo complicado

Cuando el duelo no sigue el curso esperado, se le suele denominar duelo complicado (DC), patológico, crónico, etc. Éste interfiere en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud (Jacobs, y Douglas, 1979; Hendrickson, 2009) y tal como afirma Maddocks (2003), pudiendo durar años e inclusive cronificarse indefinidamente. Éste podría definirse como la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución (Horowitz, Wilner, Marmar, y Krupnick, 1980). El DC incluye el anhelo intenso y la búsqueda del difunto, pensamientos intrusivos relacionados con el fallecido, falta de propósito e inutilidad, adormecimiento, desapego, dificultad para aceptar la muerte, pérdida de sentido y amargura con respecto a la muerte. Las personas que sufren de DC experimentan un sentimiento de incredulidad persistente e inquietante con respecto a la muerte en cuestión y resistencia a aceptar la dolorosa realidad de tales eventos (Prigerson et al., 1995).

Hasta ahora, el duelo aparecía codificado en el DSM-IV TR (APA, 2008) como una entidad susceptible de recibir atención clínica. Además, el DSM establecía un

diagnóstico diferencial para la depresión mayor y el duelo, que excluía el diagnóstico de depresión en los casos donde la persona estaba atravesando también un duelo y habían pasado menos de dos meses desde el fallecimiento del ser querido, aunque cumpliera con los criterios del trastorno depresivo mayor (TDM). Actualmente, y ya en el DSM-V (APA, 2013), las dificultades en el duelo se denominan Trastorno Persistente de Duelo Complicado. El diagnóstico de DC propuesto comprende síntomas centrales, y también, síntomas añadidos que se dividen en dos grupos denominados trastornos reactivos a la muerte y trastornos sociales/de identidad. Los síntomas centrales de DC incluyen (1) ansia intensa persistente y anhelo por el fallecido, a menudo experimentado como dolores recurrentes del duelo, (2) dolor intenso y dolor emocional en respuesta a la muerte, (3) preocupación con pensamientos del fallecido, y (4) preocupación por las circunstancias de la muerte. Estos últimos pueden manifestarse como pensamientos angustiosos e intrusivos sobre la naturaleza traumática de la muerte, a menudo en respuesta a los recordatorios de pérdida, incluyendo los últimos momentos del difunto, el grado de sufrimiento y lesión mutilante o la naturaleza malintencionada o intencional de la muerte (APA, 2013).

Dada las diferentes poblaciones evaluadas y los diferentes criterios clínicos diferenciales, existen discrepancias con respecto a la prevalencia del duelo complicado, pero a partir de la evidencia clínica, Langner y Maercker (2005) encontraron que, en un estudio realizado con población adulta, sólo un 7,4% tenían DC tras haber sufrido una pérdida. Por otra parte, es común la aparición simultánea de DC con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y/o con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) después de la pérdida traumática (Newson, Boelen, Hek, Hofman, y Tiemeier, 2011; Simon et al., 2007). Aún así, se ha demostrado que el DC es diferente al TEPT y a la depresión (Boelen, van den Bout, y de Keijsers, 2003). Simon et al. (2007) indicaron que el 75,2% de los pacientes con DC tenían al menos un trastorno del eje I del DSM-IV, siendo el trastorno depresivo mayor y el TEPT los trastornos comórbidos más frecuentes.

La literatura científica ha identificado una serie de indicadores o factores de riesgo de cara a un desarrollo no normalizado del proceso de duelo. Varios estudios han discutido cómo los modos de muerte, las características del superviviente, el tiempo transcurrido desde la muerte, las variables conductuales o el aislamiento social desempeñan un papel importante en el deterioro después de una pérdida (Reed, 1998).

Con respecto al tipo de muerte, hay conclusiones divergentes. Varios autores enfatizan que la "muerte no natural", como el suicidio, produce reacciones de duelo

diferentes y más complejas que las que se observan después de otras formas de duelo causadas por muerte natural (Reed, 1998). Muchos autores sostienen que los familiares, debido a la estigmatización del tipo de muerte, tienden al aislamiento, con lo que el proceso de duelo se hace más complicado (Dunn y Morrish, 1987). No obstante, Cleiren y Diekstra (1995) señalaron que los patrones de síntomas que se producían tras una muerte por suicidio también aparecían cuando hay otro tipo de muerte traumática diferente.

Con respecto a factores de tipo demográfico, la mayoría de las investigaciones indican que las mujeres experimentan un malestar psicosocial más severo que los hombres (Jacobs, Kasl, Ostfeld, Berkman, y Charpentier, 1986; Sherkat y Reed, 1992). Se ha demostrado no obstante, que los hallazgos son inconsistentes (Chiu, Yin, Hsieh, Wu, Chuang, y Huang, 2010). Por otro lado, se ha encontrado que, a mayor edad de los padres, menor es la respuesta de duelo y que la educación y los ingresos, se relacionan negativamente con la sintomatología del duelo (Reed, 1998; Sanders, 1980).

En relación al tiempo desde el fallecimiento, se espera que un menor tiempo esté asociado con más sintomatología de duelo. Algunos estudios informan que el duelo alcanza su nivel máximo entre 1 y 2 años después del fallecimiento y gradualmente disminuye con el paso del tiempo (Zisook, Devaul, y Click, 1982). No obstante, otros autores como Schwab, Chalmers, Conroy, Farris, y Markush (1975), no encuentran un efecto significativo con respecto a la variable tiempo, encontrando por tanto también resultados dispares.

El apoyo social ha sido una de las variables a las que más atención se le ha prestado en este tema. Las investigaciones señalan que el apoyo social de la familia y de los amigos cercanos es fundamental en el momento del duelo para facilitar el proceso y para reconstruir las relaciones sociales. Un pequeño, pero creciente, cuerpo de conocimientos, demuestra el importante papel del apoyo social en la reducción del impacto de la pérdida repentina en la sintomatología depresiva y de duelo (Sherkat et al., 1992).

Por último, y con respecto a las estrategias de afrontamiento, los estudios han encontrado que las estrategias de evitación emocional, están relacionadas con peores resultados generales de salud mental (Coyne y Racioppo, 2000). Por el contrario, en el trabajo realizado por Boelen et al., (2003) tanto la frecuencia de los pensamientos positivos como el nivel de optimismo, se asociaron inversamente con la depresión relacionada con el duelo, la ansiedad y el duelo complicado. También la construcción de

significado se ha considerado que desempeña un papel fundamental como estrategia de afrontamiento en el proceso de duelo (Currier, Holland, y Neimeyer 2006; Stroebe y Schut, 2001).

Duelo tras una muerte traumática

Una pérdida violenta e inesperada ha mostrado ser uno de los factores de riesgo más relevantes para el TEPT y el DC (Barry, Kasl, y Prigerson, 2002; Kaltman y Bonanno, 2003; Rynearson y McCreery, 1993), siendo más estresante, complicada y difícil de recuperarse que el duelo producido tras una muerte natural (Raphael, 2004). La pérdida de seres queridos debido a accidentes, desastres, guerras o actos de violencia criminal puede provocar síntomas de trastorno persistente del duelo como el anhelo persistente y las inquietantes preocupaciones sobre la naturaleza traumática de la muerte (APA, 2013).

Boss (2006) define la muerte traumática como, *“una situación en la que un individuo se enfrenta a la pérdida de uno o más familiares cercanos o amigos y que ocurre accidentalmente en el contexto de guerra, homicidio, suicidio u otras situaciones de violencia. Las pérdidas traumáticas pueden ser múltiples y pueden incluir personas desaparecidas, también denominadas pérdida ambigua”*. Aquellos que sufren la muerte traumática de sus seres queridos experimentan angustia por el trauma con síntomas tales como hiperactivación psicofisiológica, recuerdos constantes de la persona fallecida y conductas de evitación. También experimentan angustia por la separación y la pérdida, con síntomas de tristeza y anhelo por el difunto (Raphael, 1983; Rynearson et al., 1993). A menudo, con una muerte violenta, la interacción entre la angustia del trauma y la angustia de la separación, afectan al curso del proceso de duelo y los síntomas del trauma pueden aumentar e incluso retrasar tal proceso (Pynoos y Nader, 1988).

Aunque los términos "duelo traumático", "duelo complicado" y "duelo prolongado" se utilizan, la mayoría de las veces, indistintamente en la literatura, investigaciones han mostrado una considerable diversidad y potenciales desacuerdos a la hora de definir las complicaciones en el duelo, tanto a la nomenclatura para referirse a él, como al considerarlo o no, un desorden mental (Stroebe y Schut, 2005-2006). Prigerson, Rosenneck, y Maciejewski (1999), propusieron la construcción del duelo traumático (DT) como una condición psicopatológica distintiva derivada del duelo crónico. Desarrollaron criterios diagnósticos para el síndrome de duelo traumático, una respuesta patológica a una pérdida y diferente de la depresión, la ansiedad y el TEPT. Los criterios diagnósticos para el duelo traumático se centran en dos componentes: la

angustia de separación y la angustia traumática de adaptarse a la vida sin la persona fallecida (Prigerson et al., 1999). En el duelo traumático, los pensamientos y recordatorios de la naturaleza traumática de la muerte (por ejemplo, imágenes, olores) o los cambios resultantes de la muerte (por ejemplo, mudarse a una casa nueva) pueden desencadenar pensamientos traumáticos, imágenes o recuerdos que interfieren con recuerdos agradables o reconfortantes del ser querido.

Para entender y justificar el desarrollo del DT como un nuevo trastorno de salud mental, debemos distinguirlo de las reacciones normativas de duelo y otros síndromes psiquiátricos (por ejemplo, TEPT, trastorno depresivo mayor). Algunos autores han argumentado que el término "duelo traumático" debe emplearse para describir la experiencia única de perder a una persona significativa debido a medios repentinos, violentos o accidentales (Raphael y Martinek, 1997; Stroebe, et al., 2001). Los sobrevivientes tienen que hacer frente al trauma de la muerte, junto al proceso de duelo (Raphael et al., 1997). Tener que lidiar con el estrés postraumático como resultado de una pérdida traumática puede interferir con el proceso de duelo, lo que conduce a un deterioro funcional posterior a la pérdida. Además, aunque el duelo traumático parece capturar con precisión los síntomas de TEPT (re-experimentación, evitación y excitación), incluye además síntomas propios del constructo, como venganza y anhelo para el difunto. Investigaciones más recientes han intentado distinguir los dos síndromes (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Millbrath, Chalres, 2003; Prigerson, 1995; Prigerson et al., 1999). Conceptualmente, el TEPT se representa como algo distinto del duelo complicado en que el primero se origina en eventos que ponen en peligro la vida y el segundo en la pérdida de un ser querido. En el duelo, el trauma suele ser un trauma de separación y, por lo tanto, incluye síntomas de angustia de separación como anhelo y búsqueda, características no incluida en los criterios del DSM-V para el TEPT. La hipervigilancia en el duelo es provocada por señales relacionadas con los fallecidos en lugar de las inseguridades fundamentales asociadas con los temores de volver a experimentar el trauma pasado. Raphael (1997) además propuso que, en el trastorno de estrés postraumático, los flashbacks traumáticos incluyen los aspectos específicos negativos u horripilantes del evento, mientras que, en el duelo, se refieren a los fallecidos y pueden ser de naturaleza negativa o positiva. Los individuos traumatizados evitarán el contacto y estarán solos, mientras que los de duelo buscarán vínculos y apoyo social. La existencia de posibles diferencias en cuanto al curso del duelo tras una muerte normal vs. traumática (siendo la sintomatología de DC más intensa tras muertes

traumáticas) ha llevado a algunos autores a plantear si existen variables específicas que nos ayuden a explicar la aparición de DC tras una muerte traumática.

Nuestro estudio

En cualquier caso, parece que las reacciones tras una muerte traumática son más intensas. Aunque se ha estudiado mucho sobre las variables asociadas al DC, se sabe menos de qué variables explican el duelo tras una muerte traumática, por ejemplo, comorbilidad o afrontamiento. Por ello, nos plantemos esta revisión. En parte para explorar cuáles son las variables asociadas al duelo complicado tras una muerte traumática y ver si son diferentes a aquellas asociadas a una muerte no traumática.

Método

Con el objetivo de revisar la literatura existente sobre cuáles son las variables asociadas al duelo, tras una muerte traumática, se llevó a cabo una búsqueda electrónica exhaustiva, realizada entre el 14 y 16 de Noviembre de 2016, a través de las bases de datos PsycInfo y PubMed. La búsqueda se realizó con la combinación de los siguientes términos como palabra clave o presente en el título o resumen de los estudios: “traumatic grief” or “traumatic loss” or “traumatic bereavement”; es decir, palabras clave generales, sin asociarlas a otras palabras clave. También se incluyeron las palabras Mesh y Tesauro de las respectivas bases de datos. La búsqueda se restringió a artículos publicados en revistas científicas, sin utilizar límites temporales en cuanto a su publicación.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios que se siguieron para la inclusión de los distintos trabajos en esta revisión fueron: estudios empíricos, quedando descartados trabajos teóricos, de revisión o meta-análisis en los idiomas inglés y/o español. Estudios que examinen la relación entre variables demográficas, psicológicas o variables relacionadas con la muerte, y el duelo. Se incluyeron aquellos artículos en los que los autores evaluaron los síntomas o el nivel de duelo como tal o en cualquiera de sus variantes (prolongado, patológico, complicado o traumático), tras una muerte traumática. La variable duelo debía estar evaluada de forma objetiva a través de una prueba específica para ello, quedando excluidos aquellos trabajos que lo evaluaban mediante entrevistas para ver si cumplían con los criterios diagnósticos incluidos en el DSM, ya que no especificaban el instrumento de medida empleado. También quedaron excluidos aquellos trabajos donde no se especificaba el tipo de muerte. En relación a la muerte traumática, esta fue conceptualizada siguiendo la definición de Boss (2006, pp. 421), “*una situación en la*

que un individuo se enfrenta a la pérdida de uno o más familiares cercanos o amigos y que ocurre accidentalmente en el contexto de guerra, homicidio, suicidio u otras situaciones de violencia. Las pérdidas traumáticas pueden ser múltiples y pueden incluir personas desaparecidas, también denominadas pérdida ambigua”. Por tanto, se incluyeron todos aquellos estudios en los que los autores definieron la muerte como traumática de forma explícita. Quedaron excluidos aquellos trabajos cuyo objetivo era conocer la eficacia de un tratamiento en los síntomas de duelo. Se consideró un criterio de exclusión el estudio de la relación de manera inversa, es decir, cómo el duelo puede ser predictor de otras variables a largo plazo. Asimismo, se consideraron excluidos aquellos trabajos con población con discapacidad intelectual o trastornos psicóticos, por quedar demostrado que el proceso de duelo en esta población sigue un curso diferente (Brickell y Munir., 2008; Blackman., 2003; Gamo Medina, Valverde Gómez, Sanz Rodríguez, Martínez Hernanz, y García Laborda, 2003).

Extracción de datos

Una vez realizada la búsqueda electrónica y tras eliminar las referencias duplicadas en las distintas bases de datos, se obtuvieron un total de 1033 artículos potencialmente elegibles para la presente revisión.

El proceso de selección fue realizado por el primer autor de esta revisión requiriendo, en caso de duda, la opinión del segundo y tercer autor seleccionaron aquellos trabajos los cuáles, tras la lectura del título y resumen, correspondían con los criterios de inclusión y exclusión expuestos. Como se puede observar en la Figura 1, en esta primera fase se seleccionaron 41 estudios que fueron leídos en su totalidad. En la segunda fase, los principales motivos de exclusión fueron el no especificar el tipo de muerte, no considerarse como una muerte traumática por los autores o el no utilizar una medida de duelo específica. Tres artículos quedaron excluidos por la imposibilidad de acceder al texto completo (Silverman et al., 2000; Sigman y Wilson, 1998; Johnson, 2010). Por tanto, la revisión incluyó un total de 14 artículos que cumpliendo los criterios expuestos, analizaban la relación entre posibles variables asociadas al duelo, tras una muerte traumática, entendiendo ésta como la definida anteriormente por Boss (2006).

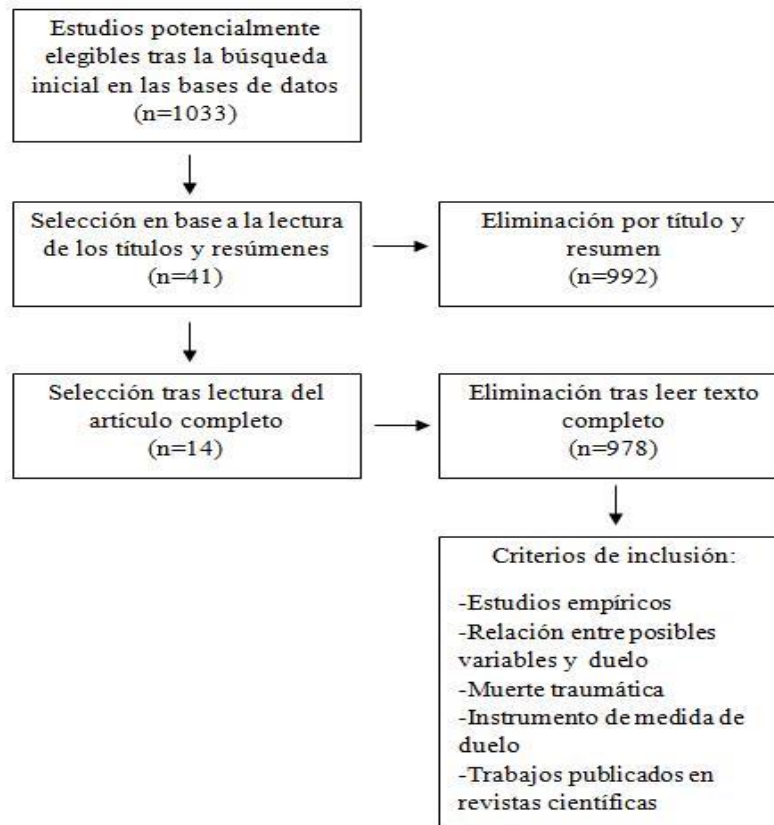


Figura 1. Estudios incluidos en la revisión

Resultados de la búsqueda

La información más relevante de los 14 trabajos seleccionados para nuestra revisión se puede consultar en la tabla 1, donde se reflejan las variables principales estudiadas, el tipo de instrumento utilizado para evaluar el duelo y los resultados principales obtenidos en cada estudio (ver Tabla 1). De los 14 trabajos, 3 están realizados con población únicamente infantil o adolescente, 10 con únicamente adultos y 2 con ambas poblaciones. Todos ellos están realizados con población normal y 12 fueron transversales y 2 longitudinales. A modo de resumen, las variables que se han estudiado han sido de tipo socio-demográficas (edad, género, número de hijos, etc.), psicológicas (presencia de otros trastornos, apoyo social, deterioro funcional, etc.) y variables relacionadas con el suceso (causa y confirmación de la muerte, información recibida, búsqueda de información sobre lo sucedido y exposición o no exposición al suceso) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Variables mediadoras examinadas

Sociodemográficas	Psicológicas	Relacionadas con el suceso	Otras
Género	TEPT	Búsqueda de información	Parentesco
Edad	Depresión	Causa de muerte	Tiempo desde la muerte
Número de hijos	Reacciones emocionales	Confirmación de la muerte	Fe religiosa
Ingresos	Amenaza de vida percibida	Información recibida	-
Nivel educativo	Estrategias de afrontamiento	Exposición directa al suceso	-
-	Apoyo social/Aislamiento	-	-
-	Estrés peritraumático	-	-
-	Eventos estresantes previos	-	-
-	Deterioro funcional	-	-

En referencia al instrumento de medida empleado para evaluar los síntomas de duelo, una primera aproximación general nos revela que en la mayoría de estudios no se evalúa el duelo normal, sino sus posibles complicaciones como el duelo complicado, traumático o prolongado. Concretamente, 7 emplean el término de duelo complicado, 4 el de duelo traumático, uno el de duelo prolongado y dos de ellos únicamente el de

duelo. Los instrumentos empleados en los trabajos seleccionados han sido los siguientes: *Inventory of Complicated Grief* (ICG), *Inventory of Complicated Grief- Revised* (ICG-R), *Extended Grief Inventory* (EGI), *Core Bereavement Items* (CBI), *Inventory of Traumatic Grief* (ITG), *Texas Inventory of Grief* (TIG) y *UCLA Grief Inventory*. A continuación, en la tabla 3, se presentan las características de cada uno de ellos a modo de resumen (ver Tabla 3).

Tabla 3. Características de los instrumentos empleados

Nombre	Autores	Ítems	Población	Subescalas	Tipo de escala
<i>Extended Grief Inventory (EGI)</i>	Melhem. (2007)	28	Infantil y adolescente	-Duelo Traumático Infantil -Presencia continua -Recuerdos Positivos	Escala tipo Likert 5-puntos
<i>Inventory of Complicated Grief (ICG)</i>	Prigerson et al. (1995)	19	Adolescente y adulta	-Duelo prolongado -Síntomas maladaptivos por la pérdida	Escala tipo Likert 5-puntos
<i>Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R)</i>	Prigerson et al. (2001)	34	Adolescentes y adulta	-Duelo prolongado -Síntomas maladaptivos por la pérdida	Escala tipo Likert 5-puntos
<i>Core Bereavement Items (CBI)</i>	Burnett et al. (1997)	17	Adulta	-Imágenes y pensamientos -Angustia por separación -Duelo	Escala tipo Likert 5-puntos
<i>Inventory of Traumatic Grief (ITG)</i>	Prigerson et al. (2001)	30	Adulta	-Síntomas actuales de duelo traumático -Síntomas de depresión y ansiedad asociados al duelo	Escala tipo Likert 5-puntos
<i>Texas Inventory of Grief (TIG)</i>	Faschingbauer, et al. (1987)	21	Adulta y adolescente	-Duelo pasado -Duelo actual	Escala tipo Likert 5-puntos
<i>UCLA Grief Inventory</i>	Layne et al. (2001)	20	Adulta y adolescente	-Duelo normal -Duelo traumático -Duelo complicado	Escala tipo Likert 5-puntos

Para facilitar la exposición de los resultados, los estudios se presentarán en el texto en función del orden alfabético.

Resultados

De los 14 estudios identificados, 2 estaban realizados con población únicamente infantil. Ambos estudian el constructo de Duelo Traumático en niños; éste ocurre cuando los niños cuyos seres queridos mueren en circunstancias subjetivamente traumáticas, desarrollan síntomas traumáticos que afectan a sus capacidades de participar en las tareas típicas de la aflicción (Pynoos et al., 1990). Brown y Goodman (2005) analizaron la relación existente entre el constructo de Duelo Traumático en niños y la severidad del trauma, el uso de estrategias de afrontamiento y síntomas de TEPT, ansiedad y/o depresión. Para ello, seleccionaron una muestra de 83 niños y adolescentes cuyos padres fueron asesinos tras un ataque terrorista el 11 de Septiembre del 2001. Los resultados mostraron la existencia de una relación significativa entre el duelo traumático y las escalas de ansiedad, depresión y los síntomas de TEPT. No obstante, la edad del niño, la de los padres, el género y el tiempo transcurrido desde el suceso, no mostraron estar asociados con los síntomas de duelo. Por otro lado, aquellos niños que tuvieron la percepción de necesitar ayuda tras lo ocurrido, mostraron niveles de duelo más elevados que aquellos que no la tuvieron. Con respecto al uso de estrategias de afrontamiento, los resultados indicaron que el buscar información sobre el suceso, ver noticias del atentado, la ventilación de la ira, las conductas de evitación y el involucrarse en actividades de voluntariado, se relacionó con más síntomas de duelo. Al contrario, aquellos que optaron por salidas creativas, como la colección de objetos, construir o decorar cajas memoriales u otro tipo de actividades relacionadas, mostraron puntuaciones menos elevadas en la escala de duelo.

Tabla 1. Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Brown et al. (2005)	N=83 (34 niñas y 49 niños) 8-18 años	Ataque terrorista /6 meses después	-Variables demográficas -Exposición al trauma -Estrategias de afrontamiento o -Síntomas psiquiátricos y autoestima -Apoyo social -Ambiente familiar	-Duelo (EGI)	Coefficiente de correlación ANOVA (comparación de grupos: percepción de necesidad de ayuda y no necesidad de ayuda; con y sin síntomas de TEPT; uso de estrategias de afrontamiento y no uso de ellas; género y edad)	Los niños diagnosticados con TEPT presentaron altos niveles de duelo traumático. Sus niveles además correlacionaron con síntomas de depresión y ansiedad, así como con la ventilación de la ira y el miedo, con leer, ver la televisión, o participar como voluntarios. Por el contrario, el uso de estrategias relacionadas con la expresión creativa, correlacionó con	<u>Duelo traumático y síntomas psiquiátricos:</u> Ansiedad, .54 Depresión, .49 Percepción de necesidad de ayuda: F=13.29, p<.05 -TEPT: F=26.05, p<.05 <u>Estrategias de coping</u> -Leer/ver TV:

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Burke et al. (2010)	N=54 (48 mujeres, 6 hombres) 19-71 años	Homicidio/ 0-5 años después	- Tiempo desde la muerte y número de traumas antes de la muerte	- TEPT	Correlación de Pearson	reacciones tras la muerte y tristeza del cuidador principal, también fueron relacionados con duelo.	Reacción ante la muerte del cuidador principal: .48
						-Depresión	El tamaño de la red de apoyo disponible, la cantidad de relaciones negativas y los niveles de apoyo específico al duelo, se relaciona con los niveles de duelo complicado.
Burke et al. (2010)	N=54 (48 mujeres, 6 hombres) 19-71 años	Homicidio/ 0-5 años después	- Tamaño total de la red de apoyo: tamaño de red disponible, tamaño de red actual, satisfacción con el apoyo y necesidad de apoyo	- Duelo Complicado (ICG-R)	Correlación de Pearson	El tamaño de la red de apoyo disponible, la cantidad de relaciones negativas y los niveles de apoyo específico al duelo, se relaciona con los niveles de duelo complicado.	Apoyo disponible: r= -.28
						-Depresión (BDI-II)	Apoyo familiar o no familiar: r= -.01
Burke et al. (2010)	N=54 (48 mujeres, 6 hombres) 19-71 años	Homicidio/ 0-5 años después	- Tamaño total de la red de apoyo: tamaño de red disponible, tamaño de red actual, satisfacción con el apoyo y necesidad de apoyo	- TEPT (PCL-C)	Correlación de Pearson	Relaciones negativas actuales: r= .28	Apoyo general: r= .28
						-Apoyo general disponible o	Apoyo general: r= .28

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
			percibido				r=.01
			-Apoyo social subjetivo en el proceso de duelo				Apoyo al duelo: r= -.17 TEPT: r= .74
							Depresión: r=.67 CG y PRC: r= .09
Burke et al. (2014)	N=150 +18	Homicidio, suicidio, accidente o muerte repentina/ 0-10 años después	-Estrategias de afrontamiento o religiosas: Positivas (PRC) y negativas (NRC).	-Duelo complicado (ICG-R)	ANOVAs (comparación de grupos en función de la educación, el tiempo desde el fallecimiento y la frecuencia de contacto)	Los resultados muestran que las dos formas de respuesta espiritual ante la muerte se relacionan con las respuestas de duelo. Las estrategias de afrontamiento religiosas positivas no se relacionaron con un ajuste a la pérdida, pero unas estrategias maladaptativas si dieron lugar a un duelo más elevado.	CG y NRC: F (6,138) = 10.54, p<.001 Tiempo y CG: F (1,143) =18.65, p<.001 Causa de la muerte-CG: F (1,140)=7.47, p<.001
			-Lucha espiritual		Correlación de Pearson		
			-Tipo de muerte		Análisis de regresión		
			-Otras variables: tiempo, variables demográficas				

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Dyregrov et al. (2003)	N= 232 (128 suicidio/68 accidente y 36 SIDS)	Suicidio, Síndrome de muerte súbita y Accidente/ 1-1,5 años después	-Tipo de muerte -Apoyo social o aislamiento -Tiempo desde la muerte Características de personalidad del familiar y del fallecido	-Angustia psíquica (GHQ-28) -Síntomas de TEPT (IES-15) -Duelo complicado (ICG)	Análisis de regresión	No existen grandes diferencias con respecto a las reacciones de duelo complicado, TEPT y problemas de salud en los tres grupos, aunque son un poco más elevadas en el caso de suicidio. Uno de los predictores más destacados para un duelo complicado, es el aislamiento, unido a ser mujer y a no tener más hijos.	Suicidio/ Aislamiento: $\beta = -.41$ Género (mujer): $\beta = -.23$ No tener más hijos: $\beta = .17$ SIDS TEPT: $\beta = -.50$ Género (mujer): $\beta = -.55$ Accidente/ Aislamiento: $\beta = -.48$ No tener más hijos: $\beta = .33$

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Dyregrov et al. (2014)	N= 103 (30 padres y 37 madres/ 8 hermanos y 28 hermanas)	Ataque terrorista/ 1,5 años después	-Deterioro funcional atribuido a la pérdida	-Duelo complicado (ICG)	ANOVA (comparación entre géneros)	1,5 años después de los asesinatos, los padres y hermanos sufrieron reacciones de duelo de alta intensidad, las mujeres	Madres/padres : F=9,33; p=.00 Hermanos/as: F=2,75; p=.11
	12-78 años		-Variables demográficas	- TEPT (IES-R)		significativamente más que los hombres. Además, el deterioro funcional en ambos grupos se relacionó con altos niveles de duelo complicado.	
			-Variables relacionadas con la pérdida	- Salud mental y angustia psicológica (GHQ-12)			
Johannesson et al. (2011)	N= 486 16-61 años	Tsunami/ 14 y 21 meses después	- Acontecimientos estresantes previos	-Duelo prolongado (ICG)	Análisis de regresión	La exposición al tsunami se asoció con duelo prolongado. La pérdida de niños aumentó el riesgo de sufrimiento psicológico. Los participantes con menor edad presentaron más riesgo de duelo prolongado, así	Exposición: $\beta = .20$ Perder a un hijo: $\beta = .29$ Mujeres: $\beta = .27$ Educación: $\beta = -.15$ Edad (16-24):
			-Variables demográficas	-TEPT (IES)			
			-Estar o no presente en el suceso				

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
			-Relación con el fallecido			como la educación y eventos previos estresantes. Los hombres presentaron más riesgo cuando se trataba de un hijo, pero las mujeres no diferían en función del parentesco.	$\beta=.42$ Edad (25-40): $\beta=.31$
McDevitt-Murphy et al. (2012)	54 (mujeres 48 y 6 hombres) 19-71 años	Homicidio/ 0-5 años después	- Variables demográficas - Características de la pérdida	- Ansiedad (BAI) - Depresión (BDI-II)	ANOVAs (Comparación entre aquellos que habían perdido al ser querido hacia menos de dos años o más de dos años; - Duelo complicado (ICG-R) - TEPT (PCL)	Los niveles de duelo complicado no muestran relación con el tiempo desde la pérdida. No existen diferencias de la patología en relación con el género, pero sí en función de los ingresos anuales, siendo mayor esta cuando los ingresos son más reducidos. Los resultados sugieren que el duelo complicado puede llegar a ser persistente y estar asociado con la	Género: $t=1.72, p<.10$ Frecuencia de contacto: $t=2.33, p<.05$ Ingresos anuales: $t=2.55, p<.05$
Momartin et al. (2004)	126 (77 mujeres y 49 hombres) 18-88 años	Asesinato	- Características demográficas	- Duelo complicado (CBI)	Chi-cuadrado Correlación de Pearson	Tipo de relación: $t=1.44, p>.05$ Depresión: $r=.43, p<.01$	TEPT: $r=.04$

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Mutabaruk et al. (2012)	N= 102 (70 mujeres y 32 hombres) Edad media: 45 años	Genocidio/ 12 años después	-Depresión mayor y distimia -Trauma -Estrés peritraumático	-Duelo traumático (ITG)	Correlación de Pearson Análisis jerárquico de regresión múltiple	La experiencia de estrés experimentada durante o inmediatamente después del trauma, puede mediar la relación entre exposición al trauma y duelo traumático. Además, existen diferencias significativas entre los síntomas de duelo traumático y estrés peritraumático y síntomas psiquiátricos.	Síntomas psiquiátricos: $\beta=0.55$ Estrés peritraumático: $\beta=0.38$, TEPT: $r=0.59$
Ndetei, et al. (2004)	N= 164 Grupo I: 92	Incendio/ Grupo I: 2 meses después	-Variables demográficas	-Duelo traumático: (ICG) → grup	Correlación de Pearson	El tiempo transcurrido desde la muerte no influyó en	Evitación y número de hijos vivos:

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Pfefferban et al. (2006)	(48 mujeres y 44 hombres)	Grupo II: 7 días después	-Tiempo	o I y II		los niveles de duelo traumático y tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al género. Sólo se encontraron diferencias significativas entre la intensidad de la evitación y el número de hijos aún vivos, mostrando una correlación negativa.	$r = -0.319$
	Grupo II: 72 (28 mujeres y 44 hombres)			-Síntomas de ansiedad y depresión (NOK y SRQ) → grupo II			Hiperactividad y número de hijos vivos: $r = -0.231$
	27-67 años						
			-Variables demográficas	-TEPT (IES-R)	Análisis de regresión múltiple	El duelo estuvo relacionado con el TEPT debido a la pérdida y también con el TEPT debido a otro evento. No existieron diferencias significativas con respecto a las variables demográficas como el sexo o la edad, y los niveles de duelo	TEPT por bomba: $\beta = .26$ TEPT-otros: $\beta = .23$ Tipo de pérdida: $\beta = .04$
	N=156 (64 niños, 91 niñas y 1 no especificado)	Bomba/ 8-14 meses después	-Parentesco con el fallecido, exposición al suceso	-Duelo (TIG)			
	10-12 años		-Respuesta tras la bomba				
			-Traumas y pérdidas				

Tabla 1 (Continuación). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Powell et al. (2010)	N=112 mujeres (56 esposos fallecidos, 56 esposos desaparecidos)	Guerra 6-9 años	- Confirmación o no de la muerte -Eventos estresantes durante la guerra o en la actualidad	-Salud mental general (GHQ) -TEPT (IES-R)	ANOVAs (confirmación vs. no confirmación de la muerte) Correlaciones	no se relacionaron con el parentesco. Ambos grupos presentan altos niveles de estrés psicológico, sobre todo de ansiedad y duelo. No obstante, aquellas mujeres cuyo esposo aún figura en una lista de desaparecidos, presentaron niveles más elevados de duelo traumático. Los síntomas de duelo mostraron altas correlaciones con la depresión. Aunque en el caso de duelo de esposos, el género no influyó, si lo hizo cuando el fallecido era un hijo, siendo mayor en madres. El duelo traumático también estuvo relacionado con la satisfacción con el apoyo	-Duelo normal 3.31 (SD=0.66), t=0.91 -Duelo traumático 2.40 (SD=0.98), t=4.21, p<.01 -TEPT r=.48, Disfunción social: r=.53 Depresión severa: r=.57 Apoyo actual: $\beta = -0.68$ Relación: $\beta = -8.75$ Meses desde la muerte: $\beta = -$
Spooren et al. (2000-2001)	N=85 (52 mujeres y 33 hombres) 32-66 años	Accidente	-Satisfacción con los servicios - Disponibilidad de apoyo tras la exposición al trauma -Tiempo -Variables demográficas	-Duelo traumático (ICG) -Problemas psiquiátricos (GHQ)	-Correlación de Pearson -Análisis de regresión múltiple		

Tabla 1 (*Continuación*). Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática.

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
						recibido y el tipo de información que se les dio cuando ocurrió la tragedia. Finalmente, los síntomas también fueron más elevados en los casos en los que el apoyo social era menor.	0.09, Satisfacción con la ayuda: $\beta = -4.7$

Nota. TEPT= Trastorno de estrés posttraumático; EGI=Inventario de duelo extendido; ICG-R= Inventario de duelo complicado Revisado; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II; PCL-C=Lista de comprobación de TEPT-Version Civil; SIDS= Síndrome de muerte súbita infantil; IES= Impacto de la escala de eventos; GHQ= Cuestionario General de Salud; IES-R= Impacto de la escala de eventos-Revisado; BAI= Inventario de Ansiedad Beck; CBI= Elementos básicos del duelo; ITG=Inventario de duelo traumático; NOK= Escala de Nabeel-Othieno-Karhuk; SRQ=Cuestionario de autoevaluación; TIG= Inventario de duelo de Texas.

De forma más específica, Brown et al. (2008) se centraron en la asociación del duelo con otros síntomas psiquiátricos. En este caso, los síntomas de duelo traumático infantil correlacionaron con los de TEPT y con los de depresión, al igual que en el trabajo de Brown et al. (2005), así como con la expresión de ira ante lo sucedido. Por otro lado, y a diferencia del trabajo anterior de Brown et al. (2005), el tiempo transcurrido desde la muerte, sí que fue inversamente relacionado con el duelo, encontrándose además una relación entre, los síntomas de éste y la reacción del cuidador principal y la tristeza percibida en casa.

Burke, Neimeyer y McDevitt-Murphy (2010) por su parte, realizaron un trabajo en el que se centraron en ver la importancia del apoyo social en el proceso de duelo, depresión y TEPT, en una muestra de 54 Africanos Americanos adultos que habían perdido a un familiar o amigo cercano tras un homicidio. Concretamente, evaluaron el tamaño de la red social, el tipo de apoyo y las relaciones negativas y su relación con el duelo. Los resultados mostraron que de manera general, el apoyo social se asoció con menos niveles de duelo. Más concretamente, el tamaño de la red de apoyo disponible y el número de relaciones negativas, correlacionaron con los resultados en la evaluación de síntomas de duelo.

El tipo de muerte ha resultado ser una de las variables a las que más atención se le ha prestado en el estudio del duelo. Burke y Neimer (2014), examinaron la relación existente entre el tipo de muerte, el duelo complicado y el duelo complicado espiritual. No se encontraron diferencias significativas con respecto a esta variable, sin embargo, con respecto a las estrategias de afrontamiento empleadas, encontrando que las estrategias de afrontamiento positivas (por ejemplo, enfocarse en la religión para detener las preocupaciones) no se relacionaron con los niveles de duelo, pero sí las estrategias de tipo negativo (por ejemplo, sentirse castigado por Dios por falta de devoción).

Dyregrov, Nordanger y Dyregrov (2003) por otro lado, realizaron un trabajo cuyo objetivo era comparar el resultado y los predictores de la angustia psicosocial de padres que habían sido víctimas del suicidios, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) o accidentes de sus hijos. Concretamente además, examinaron si el duelo por suicidio era más difícil de superar que el duelo por otro tipo de muerte traumática. Para ello, recogieron datos de 140 familias, compuestas por 232 padres y madres que habían perdido un hijo en esas circunstancias. Los resultados mostraron que con respecto al tipo de muerte, los padres de SMSL tuvieron significativamente menos problemas que

en los casos de suicidio o accidente, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la muerte por suicidio frente al resto de causas, coincidiendo por lo tanto, con el trabajo mencionado anteriormente de Burke et al. (2014), donde el tipo de muerte no resultó estar asociado con la cantidad de duelo experimentado por los participantes. Con respecto al tiempo, no se encontraron diferencias significativas en relación con los síntomas de duelo complicado, a diferencia del trabajo de Brown et al. (2008). El autoaislamiento mostró ser la variable más asociada al duelo complicado en las tres muestras, en consonancia además con el trabajo de Burke et al. (2010), donde se muestra la fuerte asociación entre la falta de apoyo social y las complicaciones en el duelo. Con respecto al género, sí se encuentran diferencias significativas, indicando que el ser mujer aumenta el riesgo de complicaciones así como el hecho de no tener más hijos.

Otra variable analizada con frecuencia en la literatura ha sido el impacto en el funcionamiento tras una muerte traumática. En relación a este tipo de variable, en una muestra de niños y adultos que habían perdido a un hijo/a o hermano/a debido a un asesinato en masa evaluados 18, 28 y 40 meses después, se observó una relación significativa entre los síntomas de duelo y el deterioro funcional ocurrido a raíz de ésta (Dyregrov, Dyregrov y Kristensen, 2014). Los resultados del estudio de Dyregrov et al. (2014) sugieren además, que no existen diferencias en los niveles de duelo entre padres y hermanos. No obstante, y con respecto al género, las madres presentaron más síntomas que los padres, y las hermanas también más que los hermanos, aunque en este último caso, las diferencias no fueron significativas y también en consonancia con los resultados obtenidos por Dyregrov et al. (2003) donde el ser mujer se asoció con más duelo.

Johannesson, Lundin, Hultman, Fröjd y Michel (2011) por su parte, se interesaron por conocer el impacto de, no sólo perder a un familiar o amigo cercano mediante muerte traumática, sino además conocer si la exposición o no exposición al suceso tuvo que ver con el duelo posterior de los participantes. Para ello seleccionaron una muestra de 345 participantes que habían sufrido dicha pérdida, y otra muestra de 141 participantes, que no solo sufrieron la pérdida, sino que además fueron expuestos al suceso, que en este caso fue un tsunami ocurrido en 2014 en el Océano Índico. La evaluación se llevó a cabo dos años después del suceso y los resultados mostraron que, tal y como se esperaba, la exposición al suceso se asoció con más sintomatología dolorosa. También se encontró que en general, la pérdida de un hijo, en comparación

con la de unos padres o hermanos, predijo altos niveles de duelo prolongado; los hombres presentaron niveles más altos de duelo si la pérdida era de un hijo, pero en las mujeres no se encontraron diferencias en función del parentesco. Éstas últimas, presentaron diferencias significativas con respecto a los hombres en los niveles de duelo tal y como se encontró en otros trabajos (Dyregrov et al. 2013 y Dyregrov et al. 2014). Por último, en el estudio se encontró también que, los grupos de menor edad (entre 16 y 40 años) presentaron más síntomas de duelo y la menor educación y la existencia de eventos previos estresantes también se asociaron con síntomas más pronunciados.

Las variables de tipo demográfico se tuvieron en cuenta en la mayoría de los estudios analizados. McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, Williams y Lawson (2011), se centraron exclusivamente en ellas, con el objetivo de conocer la asociación entre éstas y el duelo en una muestra también de 54 Afroamericanos que habían sufrido la pérdida de un ser querido en los últimos 5 años debido a un homicidio. El género correlacionó de manera moderada con las puntuaciones en duelo, mostrando las mujeres niveles más altos y en consonancia también con trabajos previamente comentados (Dyregrov et al. 2003; Dyregrov et al. 2014 y Johannesson et al., 2011). La relación o el parentesco que se tenía con el fallecido también resultó ser una variable asociada a los síntomas de duelo, mostrando por ejemplo que aquellas personas que habían perdido a su pareja, pero actualmente estaban en una relación, mostraban menos duelo. Los ingresos mostraron ser inversamente predictivos y la frecuencia de contacto con el fallecido era, por su parte, directamente predictiva del duelo complicado. Por último, y al igual que los resultados encontrados en otros estudios (Brown et al. 2005 y Dyregrov, 2003), el duelo complicado no mostró una relación significativa con el tiempo transcurrido desde el fallecimiento.

Momartin, Silove, Manicavasagar y Steel (2004) realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar también la relación del duelo con el TEPT y la depresión en 126 refugiados bosnios. Los resultados mostraron que el duelo complicado puede llegar a ser persistente y estar asociado con la depresión, tal y como se encontró en los trabajos de Brown et al. (2005) y Brown et al. (2008), pero no con el TEPT. Tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad o al género, como en el trabajo de Brown et al. (2005), ni con respecto al hecho de tener más hijos o el nivel educativo. Por último, la variable que más relacionada estuvo con el duelo fue el perder a un esposo/a en la guerra.

Mutabaruka, Séjourné, Bui, Birmes y Chabrol (2011), realizaron un estudio cuyo objetivo era examinar la relación entre la exposición a eventos traumáticos y el duelo traumático, así como el papel que desempeñan en el duelo, variables como el estrés peritraumático, el TEPT y los síntomas de depresión. Para ello seleccionaron una muestra de 102 supervivientes de un genocidio en la que los resultados mostraron que solo la angustia peritraumática y los síntomas psiquiátricos generales (evaluados con el SCL-90-R) se relacionaron significativamente con los síntomas de duelo traumático, a diferencia de los resultados obtenidos en otros trabajos (Brown et al., 2005; Brown et al., 2008 y Momartin et al., 2004), donde el TEPT y la depresión, sí que se asociaron con el duelo. También se encontró, tal y como se esperaba, una relación entre la exposición a eventos traumáticos y los síntomas de duelo, al igual que mostraron Johannesson et al. (2011).

Ndetei, et al. (2004) realizaron un estudio cuyo objetivo era conocer los niveles de duelo traumático, así como de depresión y ansiedad, en una muestra de padres y tutores cuyos niños murieron en un incendio en la escuela secundaria Kyanguli. Las variables mediadoras estudiadas fueron el tiempo transcurrido desde el incidente y variables de tipo demográfico. Los resultados del estudio mostraron que con respecto al género, los síntomas eran más elevados en las mujeres que en los hombres, pero estas diferencias no fueron significativas al contrario que en la mayoría de trabajos analizados (Dyregrov et al. 2003; Dyregrov et al. 2014; Johannesson et al., 2011 y McDevitt-Murphy et al. 2011). De igual manera que en los estudios de Brown et al. (2005), Dyregrov, et al. (2003) y McDevitt-Murphy et al. (2011), se observaron diferencias mínimas en la relación entre el duelo y el tiempo transcurrido desde el suceso. Las únicas diferencias significativas encontradas fueron entre la subescala evitación y del duelo traumático, y una correlación en sentido negativo con respecto al número de hijos supervivientes.

Pfefferbaum, et al. (2006) con su estudio analizaron cuáles eran los predictores del duelo y del TEPT tras la explosión a una bomba. Para ello, seleccionaron a 156 niños que habían perdido a un familiar o amigo cercano en el suceso evaluándolos entre 8 y 14 meses después. Al igual que Brown et al. (2005) y Brown et al. (2008), el duelo se asoció en gran medida con el TEPT, tanto si era debido a la bomba, como debido a la exposición a eventos traumáticos previos, mostrando por lo tanto la existencia de relación entre, síntomas de duelo y exposición a eventos traumáticos previos y en

concordancia con los resultados comentados anteriormente de Johannesson et al. (2011) y Mutabaruka et al. (2011).

Tal y como señala Boss (2006) la muerte traumática puede también hacer referencia a personas desaparecidas, denominadas en este caso “pérdidas ambiguas”. En este sentido, Powel, Butollo y Hagl (2010) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era conocer las diferencias en los niveles de duelo en personas que habían perdido a un ser querido en la guerra, frente a personas cuyo nombre del ser querido figuraba en una lista de desaparecidos. Para ello, seleccionaron una muestra de 112 mujeres, 56 cuya muerte de su marido había sido confirmada, y 56 que no había sido confirmada. Los resultados tal y como se esperaba, mostraron unos niveles de duelo mucho más elevados en aquellas esposas cuya muerte de sus maridos aún no había sido confirmada. También se observó una conexión entre el duelo traumático y el TEPT al igual que en la mayoría de estudios comentados (Brown et al., 2005; Brown et al., 2008 y Pfefferbaum, et al., 2006).

Por último, con el objetivo de conocer el punto de vista de padres que habían perdido a sus hijos en accidentes, respecto al cuidado y apoyo recibido en el tiempo del accidente, y ver la relación entre éstos y los síntomas de duelo, Spooen, Henderick y Jannes (2000-2001) seleccionaron una muestra de 85 padres cuyos hijos habían fallecido en un accidente de tráfico. Tal y como esperaban los autores, se encontraron relaciones significativas entre las niveles de duelo de los padres y sus problemas psiquiátricos, encontrando esta relación en todas las escalas evaluadas (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión), pero siendo mayor en la de disfunción social y depresión, tal y como muestran también los trabajos de Brown et al. (2005), Brown et al. (2008) y Momartin et al. (2004). No se encontraron diferencias con respecto a la edad del niño fallecido y los niveles de duelo, pero sí con respecto al género, siendo los niveles de duelo más elevado en las madres que en los padres, como indicaron también los estudios realizados por Dyregrov et al. (2003), Dyregrov et al. (2014) y Johannesson et al. (2011) y McDevitt-Murphy et al. (2011). Altos niveles de duelo fueron encontrados también en aquellos padres que mostraron su insatisfacción con la ayuda recibida en el momento del accidente y con la falta o falsa información sobre las circunstancias de la muerte. También se encontraron diferencias significativas entre el apoyo social disponible en el momento del accidente y en la actualidad. Resultados en la misma línea fueron encontrados por Burke et al. (2010) y Dyregrov et al. (2003).

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue el de revisar de forma sistemática la literatura que hasta la fecha ha analizado las variables asociadas al duelo tras una muerte traumática. Para ello, nos centramos en una definición específica de muerte traumática, para distinguirla de otras posibles causas de defunción. Exploramos la relación existente entre posibles variables asociadas al duelo y una muerte traumática, para intentar responder a la cuestión de, si existen variables que puedan predecir las complicaciones en el duelo a largo plazo. Para responder a esta pregunta, un total de 14 estudios fueron identificados en nuestra revisión explorando dicha asociación.

El duelo es visto como un constructo multidimensional, que implica un conjunto complejo de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales. Respecto a nuestra comprensión actual sobre el duelo traumático o patológico y el duelo normal, sabemos que, la mayoría de las personas no necesitan ayuda para elaborar su duelo. El problema aparece cuando alguien no resuelve adecuadamente alguna de las tareas que este proceso conlleva y siente que no consigue seguir con su vida sin que la pérdida interfiera en ésta de manera significativa. Esta situación mantenida en el tiempo, puede desembocar en un duelo con complicaciones. De forma general, la mayoría de estudios sugieren una dificultad en el proceso de duelo cuando la muerte se ha producido de forma repentina y trágica. Estos resultados son consistentes a través de estudios que han utilizado población que han sufrido diferentes tipos de muerte, ya sea homicidio, accidente de tráfico, desastre natural, suicidio o síndrome de muerte súbita (SMSL). Asimismo, esta asociación ha sido identificada en todos los tramos de edad estudiados, desde la infancia hasta la edad adulta.

Los trabajos analizados han prestado atención a diferentes variables para examinar su posible asociación entre éstas y los niveles de duelo complicado. Las diferencias entre variables asociadas al duelo, tras una muerte normal frente a variables asociadas al duelo, tras una muerte traumática, se esperan que sean aquellas relacionados con lo traumático del suceso, como podría ser la exposición a lo ocurrido o las circunstancias que rodearon al suceso.

Los conjuntos de factores de riesgo considerados en este estudio se pueden agrupar en factores de tipo sociodemográfico, psicológico y/o relacionados con el suceso. Esta investigación añade más conocimientos a nuestra comprensión sobre el duelo y sobre qué factores están asociados con el mismo.

Con respecto a factores de tipo sociodemográfico, al considerar las características del superviviente, se detectaron diferencias en función del género. No obstante, y aunque la mayoría de los trabajos revisados muestran una relación entre ser mujer y niveles de duelo más elevados, en 3 estudios no se ha hallado tal asociación (Brown et al., 2005; Momartin et al., 2004; Ndetei, et al., 2004), aunque en ninguno de ellos se ha mostrado tampoco una relación en dirección opuesta. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios (Jacobs et al., 1986; Sherkat et al., 1992). Los resultados obtenidos, pueden ser debidos a que las mujeres compartían vínculos más fuertes con el fallecido, ya que las diferencias se observan principalmente en los ítems relacionados con la angustia por separación. Aun así, tal y como demostró Chiu et al. (2010), los datos con respecto al género son inconsistentes. Se necesitan más investigaciones para examinar con más detalle el tipo y la fuerza de los vínculos relacionales que los hombres y las mujeres tenían con el difunto y el impacto diferencial del sexo de estos vínculos sobre la sintomatología del duelo.

Por otro lado, la acumulación de factores de estrés relacionados con el duelo, como pueden ser las dificultades económicas, separaciones o el no tener más hijos, contribuyen a una angustia o a una depresión psicológica frecuente y persistente (Kessler y McLeod, 1984). En los trabajos revisados, un menor número de ingresos anuales familiares resultaron estar asociados con mayores los niveles de duelo, mientras que, a la hora de analizar el hecho de no tener más hijos, dos artículos, de los tres que analizaron dicho factor, mostraron una relación también significativa, mostrando que aquellos padres que tenían más hijos tenían niveles de duelo complicado más leves (Dyregrov, et al., 2003; Ndetei et al., 2004). Una posible explicación de la asociación entre los ingresos y las puntuaciones de duelo podría ser que, en algunas familias de bajos ingresos, los hijos hayan vivido en la misma residencia dadas las circunstancias económicas y por lo tanto, las relaciones fueran más estrechas.

Al considerar las características del difunto, la edad es un determinante importante en el duelo. La muerte súbita de un niño pequeño es probable que invoque fuertes reacciones emocionales y cognitivas por parte de los supervivientes adultos. Para la mayoría de los adultos, incluidos los padres, el pensamiento de la muerte de un niño plantea cuestiones especiales relacionadas con la inocencia de la juventud y la falta de vida (Reed, 1998). No obstante, en nuestra revisión, no se encontraron diferencias en los niveles de duelo en relación con la edad del fallecido. Atendiendo nuevamente a la edad, pero esta vez a la del superviviente, en la mayoría de los trabajos que han

evaluado la relación entre ésta y el duelo, los resultados han mostrado que, a mayor edad, menor es la respuesta de duelo (Reed, 1998; Sanders, 1980). No obstante, sólo en uno de nuestros trabajos revisados se han encontrado estos resultados (Johannesson et al., 2011).

Atendiendo a factores de tipo psicológico, a lo largo de la investigación, se ha demostrado que los episodios depresivos previos, las estrategias de afrontamiento y los factores de estrés relacionados con el duelo pueden ser más importantes para prolongar el proceso de duelo. La investigación demuestra que las historias personales pasadas de depresión son indicadores importantes de la vulnerabilidad al estrés del duelo (Zisook y Shuchter, 1991). En la gran mayoría de los trabajos analizados en nuestra revisión, la ansiedad, la depresión y el TEPT han resultado estar asociados con mayores niveles de duelo complicado, excepto en dos de ellos. Momartin et al. (2004) encuentran dicha asociación con la depresión, pero no con el TEPT, y Mutabaruka et al. (2011) no encuentra diferencias significativas con respecto a ninguno de los dos trastornos.

En relación con las estrategias de afrontamiento, se ha demostrado que las conductas evasivas como el consumo de alcohol y el uso de medicamentos son maneras de afrontamiento que están estrechamente vinculadas a la depresión y al duelo complicado (Gallagher, Lovett, Hanley-Dunn, y Thompson, 1989). En los trabajos analizados en nuestra revisión, se ha mostrado que conductas de evitación, de ventilación de la ira, de búsqueda de información sobre el suceso ocurrido o el voluntariado, influyen negativamente en el proceso de duelo (Brown et al., 2005; Ndeti et al., 2004). En lugar de formas activas de afrontamiento, estas habilidades pueden haber sido, de hecho, representativas de la evitación y la distracción que se han podido convertir en desencadenantes de recordatorios traumáticos y han podido provocar el volver a experimentar los síntomas propios del duelo complicado. Por el contrario, las actividades creativas, mostraron tener efectos positivos, al tener la función de conectarse con el difunto (Brown et al., 2005).

Esta revisión demuestra una amplia influencia del apoyo social sobre el dolor durante el curso del duelo. El apoyo social de la familia y amigos cercanos desempeña un papel importante y consistente en aliviar la ansiedad de separación, y de manera general, todos los síntomas que el duelo complicado conlleva. Todos los trabajos examinados muestran una fuerte asociación entre los síntomas de duelo y el apoyo social, en consonancia además con trabajos previos que han analizado dicha relación (Sherkat et al., 1992). Por otro lado, las experiencias previas al duelo, por ejemplo,

eventos estresantes previos, como muertes u otros, en nuestro trabajo también han mostrado exacerbar los síntomas de duelo normal. Esto podría ser debido a que las experiencias negativas anteriores aumentan la vulnerabilidad a eventos traumáticos posteriores.

Las circunstancias que rodean a la muerte (por ejemplo, espera de la muerte, testigo o exposición a la muerte, descubrimiento del cuerpo o confirmación de la misma) pueden jugar un papel fundamental en las complicaciones posteriores del duelo. Los resultados muestran que el suceso puede ser más difícil de superar para un superviviente que fue expuesto a lo ocurrido, que para los que no lo hicieron (Johannesson et al., 2011; Mutabaruka et al., 2011; Pfefferbaum et al., 2006), ya que se une el duelo traumático y la exposición a un peligro que pone en riesgo la vida de la persona. También fue más difícil el proceso de duelo para aquellas mujeres cuyo fallecimiento de su marido no había sido confirmado, en circunstancia de guerra (Powel et al., 2010). Una posible explicación para este hecho, es el no haber llevado a cabo un ritual de despedida.

Por otro lado, en relación al tipo de muerte, las investigaciones han intentado durante mucho tiempo distinguir el duelo suicida de otras formas de duelo. Sin embargo, muchos investigadores de duelo concluyen que, los supervivientes de muertes traumáticas, tienen en común la mayoría de las reacciones, independientemente del modo de muerte (Cleiren et al., 1995). Esta investigación explora esta cuestión, revelando que los niveles de síntomas del duelo complicado de los supervivientes de suicidio reportaron los mismo que el de otro tipo de muerte, mostrando incluso en uno de ellos que, la muerte por accidente de tráfico reportó los mismos resultados de duelo que una muerte por suicidio (Dyregrov et al., 2003). Hay que interpretar dichos resultados no obstante teniendo en cuenta factores que podrían estar mediando, como por ejemplo, los vínculos existentes entre los supervivientes y los fallecidos o la frecuencia de contacto. De hecho, en uno de los trabajos revisados se encontró que, la gravedad del duelo complicado también se relacionó con la frecuencia de contacto que se tenía con el fallecido (McDevitt-Murphy et al., 2011). Además, se cree que algunos suicidios se espera, y por tanto, el shock y la incredulidad pueden ser menos intensos entre los supervivientes que tienen conocimiento previo del riesgo suicida del difunto.

Por último, y en relación con variables o factores de otro tipo que podrían estar influyendo, encontramos el tipo de parentesco y el tiempo como las más relevantes y estudiadas en los artículos de nuestra revisión. Similar a investigaciones anteriores

(Cleiren, Diekstra, Kerkhof, y Wal, 1994; Kristensen, Weisaeth, y Heir, 2009), se encontró que la pérdida de un hijo, en comparación con la de un padre o hermano predijo altos niveles de duelo prolongado. No obstante, en otro de los artículos analizados (Dyregrov et al., 2014) no se encontraron diferencias entre padres y hermanos. Estos resultados pueden ser debidos a la posible variedad de patrones familiares, como el vivir o no juntos, o incluso, la relación o no relación biológica, ya que la muestra era variada al respecto.

Finalmente, con respecto al tiempo transcurrido desde el suceso, en la mayoría de artículos no se encuentran diferencias significativas en los niveles de duelo, tal y como en el estudio realizado por Schwab et al. (1975). No obstante, Prigerson et al. (2000) señalaron que los síntomas de duelo traumático se resuelven con el tiempo, tal y como se ha encontrado en el artículo de Brown, et al.,(2008). Dado que muchos de los estudios se han llevado a cabo tras pasar periodos de tiempo cortos, generalmente sólo algunos meses, esto podría explicar las diferencias mínimas observadas entre los grupos.

Los resultados de nuestra revisión nos permiten concluir que no existe una relación clara entre la mayoría de variables analizadas y el duelo, exceptuando el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. Esta falta de consistencia en los resultados revisados puede deberse a que la investigación en este campo adolece de algunas limitaciones: 1) el 80% de los trabajos revisados son de naturaleza transversal, lo que dificulta la posibilidad de hacer inferencias causales, exceptuando dos de ellos (Dyregrov et al., 2014; Johannesson et al., 2011); 2) Los artículos son de carácter retrospectivo, por lo que para la mayoría de variables es imposible confirmar la cronología de su desarrollo y no se evaluaron muchas variables que podían estar funcionando como mediadoras en las respuestas de duelo; 3) Los resultados de los estudios analizados no pueden ser generalizados debido, por un lado, a los tamaños de las muestras y a los pequeños rangos de edad de la mayoría de ellos, y por otro lado, a la falta de representatividad.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos abren paso a futuras investigaciones que deberán estar dirigidas a completar y mejorar los trabajos ya existentes. Los próximos trabajos deben superar las limitaciones anteriormente comentadas. Puede ser necesario que las investigaciones futuras inicien el contacto con los supervivientes antes, tal vez dentro del primer mes después del duelo y hacer un seguimiento para ver la evolución de los síntomas. También, se debería prestar una

mayor atención a factores situacionales, estrategias de afrontamiento y otros factores que podrían estar mediando en las diferentes variables, por ejemplo, a la dependencia de ciertos miembros de la familia con el fallecido. Los sentimientos de shock-incredulidad, ansiedad de separación y rechazo pueden ser especialmente intensificados y prolongados cuando existe una fuerte dependencia. Por ejemplo, Sable (1989), en su estudio de 81 mujeres cuyos esposos habían muerto, encontró que estaban más angustiados cuando eran más dependientes de sus maridos. También se deberían tener en cuenta otros factores étnicos y culturales ya que las costumbres y patrones de duelo varían en las diferentes comunidades. También se debería añadir alguna información de los rasgos de personalidad y correlacionar tales perfiles con las medidas de la salud psicosocial. Por lo tanto, se necesitan más investigaciones para aumentar nuestra comprensión teórica y empírica de cómo y en qué medida los factores relacionales influyen en las experiencias de duelo.

Podemos concluir por lo tanto que, las estrategias de afrontamiento adecuadas y el hecho de contar con apoyo social, están relacionados con menos niveles de duelo. Por otra parte, el estar expuestos a otros factores de estrés asociados a la muerte y determinadas circunstancias que rodean a la misma (como la exposición o la no confirmación del deceso), también tiene un papel clave en los síntomas de duelo complicado, estando éstas presentes sólo cuando la muerte ha resultado ser traumática. Por el contrario, no se encontraron resultados concluyentes con respecto al resto de variables analizadas (género, tipo de muerte, parentesco, tiempo desde la muerte, TEPT y depresión).

Referencias

* Artículos incluidos en la revisión sistemática

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric.

Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2/3), 355. doi: 10.5209

Barry, L. C., Kasl, S. V., y Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(4), 447-457. doi: 10.1097/00019442-200207000-00011

- Blackman, N. J. (2003). Grief and intellectual disability: A systemic approach. *Journal of Gerontological Social Work*, 38 (1-2), 253-263. doi: 10.1300/J083v38n01_09
- Boelen, P. A., van den Bout, J., y de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160 (7), 1339-1341. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1339
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., eInsel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of abnormal psychology*, 116 (2), 342. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.342
- Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York: W.W. Norton.
- Brickell, C., y Munir, K. (2008). Grief and its complications in individuals with intellectual disability. *Harvard review of psychiatry*, 16(1), 1-12.
- *Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Bocanegra, H. T. D., Zatta, E., ... y Mannarino, A. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies*, 32 (10), 899-923. doi: 10.1080/07481180802440209
- *Brown, E. J., y Goodman, R. F. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 248-259. doi:10.1207/s15374424jccp3402_4
- *Burke, L. A., y Neimeyer, R. A. (2014). Complicated spiritual grief I: Relation to complicated griefsymptomatologyfollowingviolentdeathbereavement. *Deathstudies*, 38(4), 259-267. doi: 10.1080/07481187.2013.829372
- *Burke, L. A., Neimeyer, R. A., y McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *OMEGA-Journal of death and dying*, 61(1), 1-24. doi: 10.2190/OM.61.1.a
- Chiu, Y. W., Yin, S. M., Hsieh, H. Y., Wu, W. C., Chuang, H. Y., y Huang, C. T. (2011). Bereaved females are more likely to suffer from mood problems even if they do not meet the criteria for prolonged grief. *Psycho Oncology*, 20 (10), 1061-1068. doi:10.1002/pon.1811

- Cleiren, M., y Diekstra, R. F. (1995). After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. En Mishara, Brian L. (Eds.), *The impact of suicide* (pp. 7-39). New York, NY, US: Springer Publishing Co
- Cleiren, M., Diekstra, R. F., Kerkhof, A. J., y Van Der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on " who" rather than "how". *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 15 (1), 1994, 22-36.
- Coyne, J. C., y Racioppo, M. W. (2000). Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American psychologist*, 55(6), 655.
- Currier, J. M., Holland, J. M., y Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*, 30 (5), 403-428. doi: 10.1080/07481180600614351
- Dunn, R. G., y Morrish-Vidners, D. (1988). The psychological and social experience of suicide survivors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 18 (3), 175-215. doi: 10.2190/6k91-gn16-0df6-5fue
- *Dyregrov, K., Dyregrov, A., y Kristensen, P. (2015). Traumatic bereavement and terror: The psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 556-576. doi: 10.1080/15325024.2014.957603
- *Dyregrov, K., Nordanger, D., y Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death studies*, 27 (2), 143-165. doi: 10.1080/07481180302892
- Gallagher, D., Lovett, S., Hanley-Dunn, P., y Thompson, L. W. (1989). Use of select coping strategies during late-life spousal bereavement. En Lund, Dale A. (Eds.), *Older bereaved spouses: Research with practical applications*, (pp. 111-121). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp
- Gamo Medina, E., Valverde Gómez, M., Sanz Rodríguez, L. J., Martínez Hernanz, A., y García Laborda, A. (2003). El impacto del duelo en pacientes psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 88, 35-48.
- Hendrickson, K. C. (2009). Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. *Palliative and supportive Care*, 7 (1), 109-119. doi:10.1017/S1478951509000133

- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., y Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1 (3), 290-298. doi:10.1176/foc.1.3.290
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activity of latent self-images. *The American journal of psychiatry*, 137 (10), 1157-1162. doi: 10.1176/ajp.137.10.1157
- Jacobs, S., y Douglas, L. (1979). Grief: A mediating process between a loss and illness. *Comprehensive Psychiatry*, 20 (2), 165-176. doi: 10.1016/0010-440X(79)90048-8
- Jacobs, S., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., y Charpentier, P. (1986). The measurement of grief: Age and sex variation. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 305-310. doi: 10.1111/j.2044-8341.1986.tb02698.x
- *Johannesson, K. B., Lundin, T., Hultman, C. M., Fröjd, T., y Michel, P. O. (2011). Prolonged grief among traumatically bereaved relatives exposed and notexposed to a tsunami. *Journal of traumatic stress*, 24(4), 456-464. doi:10.1002/jts.20668
- Johnson, C. M. (2010). When African American teen girls' friends are murdered: A qualitative study of bereavement, coping, and psychosocial consequences. *Families in Society*, 91 (4), 364-370. doi:10.1606/1044-3894.4042
- Kaltman, S., y Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of anxiety disorders*, 17 (2), 131-147. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00184-6
- Kessler, R. C., y McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American sociological review*, 49 (5), 620-631.
- Kristensen, P., Weisæth, L., y Heir, T. (2009). Psychiatric disorders among disaster bereaved: an interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 tsunami. *Depression and anxiety*, 26 (12), 1127-1133. doi: 10.1002/da.20625
- Langner, R., y Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (3), 235-242.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., y Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical psychology review*, 24 (6), 637-662. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.002

- Maddocks, I. (2003). Grief and bereavement. *The Medical Journal of Australia*, 179 (6 Suppl), S6-7.
- *McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., y Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303. doi: 10.1037/a0024911
- *Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., y Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive psychiatry*, 45 (6), 475-482. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.013
- *Mutabaruka, J., Séjourné, N., Bui, E., Birmes, P., y Chabrol, H. (2012). Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda. *Stress and Health*, 28(4), 289-296. doi: 10.1002/smi.1429
- *Ndeti, D. M., Othieno, C. J., Gakinya, B., Ndumbu, A., Omar, A., Kokonya, D. A., ... y Mwangi, J. (2004). Traumatic grief in Kenyan bereaved parents following the Kyanguli School fire tragedy. *World Psychiatry*, 3 (1), 50.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., . . . Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 251–262. doi:10.1002/jts.20223
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., y Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*, 132 (1), 231-238. doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.021
- *Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Pfefferbaum, R. L., Dumont, C. E., Pynoos, R. S., ... y Ndeti, D. (2006). Trauma, grief and depression in Nairobi children after the 1998 bombing of the American Embassy. *Death studies*, 30 (6), 561-577. doi: 10.1080/07481180600742566
- *Powell, S., Butollo, W., y Hagl, M. (2010). Missing or killed. *European Psychologist*, 15 (3), 185-192. doi:10.1027/1016-9040/a000018
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... y Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American journal of Psychiatry*, 152 (1), 22-30. doi.org/10.1176/ajp.152.1.22

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... y Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59 (1), 65-79. doi:10.1016/0165-1781(95)02757-2
- Prigerson H.G, Rosenneck R.A y Maciejewski P.K. (1999). Criteria for traumatic grief and PTSD. *Br J Psychiatry*; 174, 560-561
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ... y Widiger, T. A. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174 (1), 67-73. doi: 10.1192/bjp.174.1.67
- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Kasl, S.V., Maciejewski, P.K., Silverman, G. K.,... y Bremner, J. D. (2000). Grief and its relation to PTSD. En Nutt, D y Davidson. J.R.T (Eds.), *Post traumatic stress disorders: Diagnosis, management and treatment* (pp. 163-186). New York: Martin Dunitz.
- Pynoos, R. S., y Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of traumatic stress*, 1 (4), 445-473. doi:10.1007/BF00980366
- Pynoos, R. S. y Nader, K. (1990). Children's exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric Annals*, 20, 334-344. doi: 10.3928/0048-5713-19900601-11
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books
- Raphael, B. (1997). The interaction of trauma and grief. *Psychological trauma: A developmental approach*, (pp. 31-43). New York
- Raphael, B., y Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. En J. Wilson y T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York, NY: Guilford Press.
- Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (3), 285-301. doi:10.1111/j.1943-278X.1998.tb00858.x
- Rynearson, E. K., y McCreery, J. M. (1993). Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *The American journal of psychiatry*, 150 (2), 258.
- Sable, P. (1989). Attachment, anxiety, and loss of a husband. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (4), 550. doi: 10.1111/j.1939-0025.1989.tb02745.x

- Sanders, C. M. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega*, 10, 303-322. doi.org/10.2190/X565-HW49-CHR0-FYB4
- Schwab, J. J., Chalmers, J. M., Conroy, S. J., Farris, P. B., y Markush, R. E. (1975). Studies in grief: A preliminary report. *Bereavement: Its Psychosocial Aspects*, 82-87.
- Sherkat, D. E., y Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26(3), 259-275. doi:10.1007/BF00286562
- Sigman, M., y Wilson, J. P. (1998). Traumatic bereavement: Post traumatic stress disorder and prolonged grief in motherless daughters. *Journal of Psychological Practice*, 4 (1), 34-50.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V, Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Noaghiul, F. S., y Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30 (4), 857-862. doi: 10.1017/S0033291799002524
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., ... y Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry*, 48 (5), 395-399. doi.org/10.2190/X565-HW49-CHR0-FYB4
- *Spooren, D. J., Henderick, H., y Jannes, C. (2001). Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident. A retrospective study of a victim support group. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 42 (2), 171-185.
- Stroebe, M. S., y Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement: A review. EnHenk (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 375-403). Washington, DC, US: American Psychological Association
- Stroebe, M., y Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 52 (1), 53-70. doi: 10.2190/D1NQ-BW4W-D2HP-T7KW
- Stroebe, M., Schut, H., y Finkenauer, C. (2001). Thetraumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38 (3/4), 185.

- Stroebe, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Zisook, S., y Shuchter, S. R. (1991). Early psychological reaction to the stress of widowhood. *Psychiatry*, 54 (4), 320-333.