

## Programa piloto de tratamiento psicológico grupal en duelo complicado

Lourdes Trillo Oteros<sup>1\*</sup>; Laura Prados Pérez<sup>2</sup>; Antonio Llergo Muñoz<sup>3</sup>; M<sup>a</sup> José Fernández Rincón<sup>4</sup>; José M<sup>a</sup> Martín Muñoz<sup>5</sup>; Ana Isabel Jiménez Alcaide<sup>6</sup>

Recibido: 7 de julio de 2021 / Aceptado: 15 de febrero de 2022

**Resumen.** Objetivo: evaluar la efectividad de un programa piloto de tratamiento psicológico en duelo complicado. Método: se realizó una terapia grupal de duelo complicado en 20 sesiones, con frecuencia quincenal. Las participantes fueron 6 mujeres que recibían tratamiento psicológico en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos. El grupo era homogéneo en cuanto a gravedad, tipo de proceso y tiempo del fallecimiento. Se las evaluó antes, durante y después de la intervención mediante escalas psicométricas: el Inventario de Duelo Complicado, la Escala de Ansiedad Depresión Hospitalaria y la Escala de Desesperanza de Beck. Resultados: se encontraron mejoras significativas en sintomatología de duelo y síntomas de depresión desde línea base al postratamiento de depresión, cuatro de los seis participantes estaban asintomáticos en postratamiento. Conclusiones: la intervención grupal puede ser eficaz para el duelo complicado.

**Palabras clave:** Duelo complicado, terapia grupal, tareas de duelo, apoyo emocional

### [en] A Pilot program of group psychological treatment in complicated grief

**Abstract.** Objective: To evaluate the effectiveness of a pilot program of psychological treatment in complicated grief. Material and Method: A group therapy of complicated grief carried out in 20 sessions, with biweekly frequency. The participants were 6 women received psychological treatment in the Palliative Care Unit. The group was homogeneous in terms of severity, type of process and chronology of the loss. They have been evaluated before, during and after the intervention with the following psychometric scales: Inventory of Complicated Grief, Hospital Anxiety Depression Scale

- 1 Lourdes Trillo Oteros. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.  
E-mail: ltrillo@domusvi.es
  - 2 Laura Prados Pérez Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía.  
E-mail: lprados@domusvi.es
  - 3 Antonio Llergo Muñoz. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.  
E-mail: antonio.llergo.sspa@juntadeandalucia.es
  - 4 M<sup>a</sup> José Fernández Rincón. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.  
E-mail: mjfernandez@domusvi.es
  - 5 José M<sup>a</sup> Martín Muñoz. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía.  
E-mail: jmmartin@domusvi.es
  - 6 Ana Isabel Jiménez Alcaide. Residencia DomusVi Remedios. Aguilar de la Frontera, Córdoba  
E-mail: ajjimenez@domusvi.es
- \* Dirección de correspondencia: Lourdes Trillo Oteros. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Avda. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba. Spain. E-mail: ltrillo@domusvi.es

and Beck Hopelessness Scale. Results: Significant improvements in complicated grief and depression symptoms were found from baseline to depression posttreatment, four of the six participants were asymptomatic at posttreatment. Conclusions: group intervention can be effective for complicated grief.

**Keywords:** Complicated grief, group therapy, tasks of mourning, emotional support

**Sumario:** 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Trillo Oteros L, Prados Pérez L, Llergo Muñoz A, Fernández Rincón MJ, Martín Muñoz JM, Jiménez Alcaide AI. Programa piloto de tratamiento psicológico grupal en duelo complicado. *Psicooncología* 2022; 19: 153-170. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.80804>

## 1. Introducción

La muerte de un ser querido es uno de los acontecimientos más estresantes que afronta una persona en su vida. El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarramiento y de desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida<sup>(1)</sup>.

El duelo es un proceso dinámico y multidimensional que evoluciona a través del tiempo. Aunque la experiencia de dolor es universal, también es única y muy personal. Dependiendo de las circunstancias particulares, la recuperación natural de la persona puede oscilar entre dos y tres años<sup>(2)</sup>.

Cuando la evolución del duelo no sigue el curso esperado, se denomina duelo complicado (DC) o patológico. El desarrollo natural dependerá de la interacción de distintos factores de riesgo y protectores como son: el tipo de muerte y el proceso de enfermedad; recursos personales, familiares y sociales de que disponga; cuestiones relacionales; características del fallecido; rasgos de personalidad del doliente; las estrategias que haya puesto en funcionamiento ante otras situaciones difíciles y otros aspectos diversos<sup>(2)</sup>.

El consenso diagnóstico en duelo complicado surge hace relativamente poco, con la aparición del DSM5<sup>(3)</sup>, donde se valoran los estudios realizados por Prigerson<sup>(4)</sup> y de otros equipos de investigación que lo venían solicitando desde hace tiempo, tal como Shear et al.<sup>(5)</sup>. Se incluye una categoría diagnóstica, el «trastorno por duelo complejo persistente», dentro de la sección III, donde se encuentran los diagnósticos que requieren mayor investigación<sup>(6)</sup>.

El DSM5 propone la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas durante doce meses (seis meses en niños): anhelo o añoranza persistente, pena y malestar emocional intenso en relación con la muerte, preocupación en relación con el fallecido y con las circunstancias de la muerte. Además, deben aparecer, al menos, otros seis síntomas, durante el mismo intervalo temporal, relacionados con el malestar reactivo a la muerte y con la alteración social o de la identidad. Para diferenciar el duelo normal del duelo complejo persistente, tenemos, además del criterio temporal, pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que la persona superviviente debería haber muerto con la fallecida; preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad o culpa; enlentecimiento

psicomotor acusado; deterioro funcional acusado y prolongado; dificultad o reticencia para mantener intereses propios, etc.<sup>(3)</sup>

La intervención psicológica debe adaptarse a las características particulares y necesidades individuales de cada persona afectada, teniendo en cuenta sus vulnerabilidades y capacidades. Worden<sup>(7)</sup> propone que el doliente tiene que realizar una serie de tareas durante su proceso a) aceptar la realidad de la pérdida; b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; c) adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente; y d) recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Según Worden<sup>(7)</sup>, la psicoterapia específica debería aplicarse en los casos siguientes: a) El duelo complicado se manifiesta como un duelo prolongado; b) El duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado y c) el duelo se manifiesta con una reacción exagerada. La psicoterapia no está indicada para los procesos de duelo normal<sup>(8,9)</sup>.

No hay suficiente evidencia como para hacer ninguna recomendación definitiva sobre qué tipo de intervención específica en duelo normal resulta más eficaz (Landa y García)<sup>(8)</sup>. Una revisión de Schut y Stroebe<sup>(10)</sup> sobre la efectividad de las terapias concluye que, cuanto más complicado es el proceso de duelo mejores resultados se obtienen.

Los tipos de intervención recomendados para los pacientes que han elaborado un duelo complicado son tanto el tratamiento individual como el grupal. La intervención grupal optimiza los recursos y los resultados al brindar apoyo social, facilitar un espacio de encuentro donde expresar pensamientos y emociones, normalizar las manifestaciones de duelo, romper el aislamiento y ofrecer modelos entre iguales. En ocasiones, puede ser útil combinar ambas formas de tratamiento para obtener las ventajas de cada una de ellas<sup>(2,11)</sup>.

El estudio preexperimental de Lacasta<sup>(12)</sup> mostró resultados satisfactorios tras la intervención grupal en depresión, ansiedad, desesperanza, modos de afrontamiento y autoestima. En la revisión de Genevro et al.<sup>(13)</sup>, las intervenciones en adultos con duelo de riesgo aportan algún beneficio, por lo menos a corto plazo. En adultos con duelo complicado no hay mucha evidencia, pero el análisis de los datos refleja un efecto positivo con terapias de orientación psicodinámica o cognitivo-conductual. Y en el caso de los síntomas depresivos asociados al duelo, los antidepresivos muestran su eficacia, pero no para el duelo por sí solo<sup>(14)</sup>.

Alrededor de un 25% de las demandas que cursan atención primaria con aspectos psicológicos, tienen su origen en la pérdida de un ser querido (Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson)<sup>(15)</sup>. La elevada hiperfrecuenciación de las consultas y la falta de formación de los profesionales sanitarios en el abordaje del duelo justifican la puesta en marcha del programa piloto de tratamiento psicológico en duelo complicado en familiares de pacientes que han sido atendidos por la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. El Equipo de Atención Psicosocial de DomusVi, a través del proyecto de Atención a la Enfermedad Crónica y Avanzada de Fundación La Caixa, lleva desde 2015 ofreciendo atención psicológica, social y espiritual especializada a personas en situación de final de vida y duelo. Debido a la alta demanda y necesidad de atención psicológica de los casos de duelo complicado, se decide poner en marcha el abordaje grupal.

La eficacia de los grupos de terapia grupal no está avalada por la investigación hasta el momento. Destaca el meta-análisis de Kato y Mann<sup>(16)</sup> en el que, de ocho trabajos revisados, sólo uno tiene resultados positivos y en seis de ellos la intervención

grupal no tiene ningún efecto. Sin embargo, las ventajas de la intervención de apoyo grupal en duelo estriban, por un lado, en parámetros de eficiencia, como el mejor aprovechamiento de los recursos o el aumento de la frecuencia de las sesiones, y por otro lado, genera sentimientos de pertenencia grupal, alto nivel de cohesión, comprensión y satisfacción por el progreso de los compañeros; espacio de apoyo mutuo para expresar contenidos existenciales y emocionales muy personales; similitud percibida al encontrarse y compartir sentimientos con otras personas con análogas experiencias traumáticas, reduciendo la soledad y aislamiento<sup>(17-19)</sup>.

En el presente estudio se expone la experiencia de la aplicación de una intervención para el duelo en formato cerrado y limitado en el tiempo (20 sesiones con una periodicidad quincenal), inspirado en el modelo teórico de Worden<sup>(7)</sup>, pero siguiendo la estructura y aplicabilidad del “Modelo Humanizar” de Magaña y Bermejo<sup>(20)</sup>. El planteamiento de la terapia exige en el doliente un posicionamiento activo y centrado en su proceso como agente activo de cambio, añadiendo los beneficios de la pertenencia grupal.

Los objetivos generales de la intervención fueron dos. Por un lado, acompañar a las personas en la reconstrucción y equilibrio de las áreas afectadas (emocional, psicológica, espiritual y social), promoviendo un espacio de seguridad y confianza con el grupo<sup>(17,21)</sup>. Y, por otro lado, fomentar estrategias de afrontamiento que permitan establecer un nuevo tipo de vínculo con su ser querido. El objetivo del estudio piloto fue evaluar la eficacia de la intervención psicológica grupal en el proceso de duelo complicado. Partiendo de la hipótesis de que disminuye la ansiedad, depresión, desesperanza y síntomas de duelo.

## 2. Método

### *Participantes*

El estudio se realizó en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba con pacientes cuyos familiares habían sido atendidos por el servicio. Se ofreció tratamiento grupal a 7 pacientes con duelo complicado que estaban siendo atendidas por los psicólogos de la unidad de forma individual. Se seleccionaron estas participantes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión que se enumeran en la tabla 1. De las 7 participantes que realizaron la evaluación psicométrica y la firma del consentimiento informado, 6 comenzaron la terapia. Todas las participantes otorgaron su consentimiento informado para la investigación y publicación del estudio.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duelo complicado (criterios DSM5) o bien dificultades o estancamiento en alguna de las tareas.</li> <li>• Al menos 12 meses desde el fallecimiento del ser querido.</li> <li>• Deseo de querer mejorar y dejarse ayudar de manera no impuesta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbilidad con trastorno mental (discapacidad intelectual y/o psíquica, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno psicótico...) o trastorno grave de personalidad (TLP, personalidad anancástica).</li> <li>• Consumo de drogas y alcohol.</li> <li>• No percibir intención alguna de mejorar. Autoafirmación a través del sufrimiento.</li> <li>• Escasa capacidad intelectual o de atención para procesar información que no sea directa y personalizada (por ser la persona muy mayor, estar muy medicada...).</li> <li>• Intolerancia al sufrimiento ajeno.</li> <li>• Episodio depresivo mayor, vivido con anterioridad de la muerte.</li> <li>• Riesgo real de autolisis.</li> </ul>

Se consolidó un grupo de 6 mujeres, pero a mitad del tratamiento una de ellas abandonó por cuidado de un familiar. Aun así, asistió a la sesión de cierre y despedida y a las evaluaciones de seguimiento y cierre.

Tabla 2. Datos sociodemográficos, tipo de duelo y tratamiento previo

<b>Sexo</b>	Mujer/hombre	6/0
<b>Edad</b>	Media, min-max	54,83, 41-72
<b>Parentesco</b>	esposa/marido	2
	madre/padre	2
	hijo/a	2
<b>Nivel de Estudios</b>	estudios primarios	3
	BCH Elemental	2
	BCH superior	1
<b>Trabajo</b>	empleado por cuenta ajena	2
	ama de casa	3
	jubilado	1
<b>Diagnóstico</b>	ca vejig	1
	ca colon	2
	ca neuro	1
	ca estóm	1
	EM	1

<b>Demora diagnóstica enfermedad</b>	
0-3 meses	3
3-6 meses	1
más de 12 meses	2
<b>Edad del paciente fallecido</b>	
31- 45	1
46-60	2
61-75	3
<b>Progresión desde el diagnóstico</b>	
más de 1 año	5
3-6 meses	1
<b>Duración cuidados</b>	
0-3 meses	1
3-6 meses	3
más de 18 meses	2
<b>Conocimiento</b>	
ajustado a la realidad,	2
supervivencia magnificada	1
negación	3
<b>Datos sobre el fallecimiento.</b>	
muerte como proceso normal	5
otras complicaciones no esperadas	1
<b>Historia psicopatológica</b>	
sí/no	2/4
<b>Tratamiento psicofarmacológico</b>	
sí/no	4/2
<b>Duelos anteriores no resueltos</b>	
sí/no	1/5
<b>Apoyo social</b>	
sí/no	6/0
<b>Apoyo familiar</b>	
sí/no	5/1
<b>Diagnóstico Duelo Complicado</b>	
sí/no	5/1
<b>En tratamiento psicológico</b>	
Sí/no	6/0

El grupo era heterogéneo en cuanto a edad y parentesco. Pero en todos los casos, la muerte se produce dentro de un proceso normal de enfermedad, habiéndose trabajado previamente su preparación, y presentando grave sintomatología.

Tras la pérdida, las participantes del estudio llevaban en terapia individual desde al menos un año con la psicóloga que conducía el grupo, por lo que había vínculo terapéutico y confianza desde el comienzo. En todas ellas, prevalecía la falta de aceptación de la muerte.

## *Diseño*

Se utiliza un diseño preexperimental en el que se evalúa el tratamiento psicológico grupal en duelo complicado en 6 integrantes, con medidas en pre-tratamiento, durante el tratamiento (a los seis meses) y al finalizar el tratamiento. Las variables dependientes son: depresión, ansiedad, desesperanza y duelo complicado.

## *Instrumentos*

Se realizaron tres mediciones, antes del tratamiento, a mitad del tratamiento (a los 6 meses) y en el post tratamiento. Para la evaluación del duelo complicado se utilizaron las siguientes escalas psicométricas:

- El Inventario de Duelo Complicado (IDC) (Prigerson et al., 1995<sup>(22)</sup>), en la versión Española de Limonero<sup>(15)</sup>, que discrimina a sujetos con duelo normal y duelo complicado (punto de corte >25) (IDC). La escala consta de 19 ítems. La intensidad o frecuencia de los síntomas se evalúa en una escala tipo Likert de 5 puntos (rango 0-4). Su consistencia es alta, con un alfa de Cronbach de 0,88 y una fiabilidad test-retest de 0,81.
- La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983)<sup>(23)</sup>, en su versión española (Terol et al., 2007)<sup>(24)</sup> es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, compuesto por dos subescalas de 7 ítems, que miden ansiedad y depresión. Se mide a través de una escala Likert de 4 puntos (rango 0-3). En cuanto a las propiedades psicométricas, los autores informan de un alfa de Cronbach de 0,86 (ansiedad) y 0,86 (depresión). La puntuación propuesta para su interpretación es la siguiente: 0-7 rango normal; 8-10 dudoso;  $\geq 11$  problema clínico.
- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck, 1974)<sup>(25)</sup>, en su versión española (Aliaga et al., 2006)<sup>(26)</sup>, es una escala autoadministrada de 20 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero/falso). La propuesta para su interpretación es la siguiente: 0-3 rango normal; 4-8 leve; 9-14 moderado; y 15-20 severo. Se ha observado que una puntuación superior a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

En la evaluación inicial se incluye la anamnesis e historia clínica donde se exploran aspectos como: la duración de la enfermedad y tiempo de cuidado, la conciencia sobre el pronóstico final, la elaboración de duelos previos y la percepción de apoyo.

En la segunda evaluación y en el post tratamiento, sumado a los instrumentos descritos, se realizaba una entrevista con preguntas abiertas para conocer la experiencia subjetiva y la satisfacción de las pacientes con el grupo, los cambios conductuales conseguidos y la intensidad de los síntomas vividos. También se les preguntó qué es lo que más les había ayudado en el proceso.

## *Procedimiento*

El proyecto es un estudio de intervención sin grupo control. La muestra reducida no permite plantear otro tipo de diseño. Se evalúa a las integrantes antes, a los 6 meses del tratamiento y al finalizarlo. Se han seleccionado y estudiado variables agrupadas en categorías descriptivas, socio-familiares y del proceso psicoterapéutico tal y como

se presentan en el anexo 1, correspondientes a 7 sujetos adultos (todas mujeres) en un mismo grupo de terapia con diagnóstico de duelo complicado (DC) y/o factores de riesgo a través de la Escala de Prigerson (punto de corte >24)<sup>(15)</sup> y de acuerdo a los criterios DSM5<sup>(3)</sup>, pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba<sup>(12,17,21,27)</sup>.

La selección e invitación a la terapia grupal en duelo complicado fue a pacientes que estaban en tratamiento psicológico individual y que cumplían los criterios de inclusión-exclusión, presentando un estancamiento en la tarea I de Worden<sup>(7)</sup> (Aceptación de la realidad de la pérdida), limitando el funcionamiento general y ocasionando malestar de forma significativa. Finalmente deciden participar de forma voluntaria 6 pacientes.

El grupo tuvo una duración de 11 meses, con una frecuencia quincenal (a excepción de época de vacaciones), con sesiones de una hora y media de duración. El número de sesiones realizadas fueron 20, para un grupo cerrado<sup>(20)</sup>.

La evaluación inicial se basaba en una entrevista individual con las candidatas en la que se realizaba la anamnesis y se les administraba las pruebas psicométricas pretratamiento. Se elaboró una entrevista semiestructurada que contenía: datos biográficos personales y familiares, indicadores de duelo complicado, antecedentes psicopatológicos, tipo de relación y apoyo sociofamiliar. Al finalizar la sesión, se valoró el compromiso terapéutico de las pacientes y se realizó el contrato terapéutico con el fin de mantener la adherencia al proyecto<sup>(27)</sup>.

La psicóloga realizaba la evaluación pre-tratamiento atendiendo a su juicio clínico, durante el acompañamiento del familiar en el final de la vida, y teniendo en cuenta la información del historial clínico. La información que no constaba fue preguntada y abordada con las candidatas, a la vez que se facilitó un espacio para incluir otro tipo de anotaciones que fueron surgiendo y resultaron especialmente útiles. La evaluación inicial se realizó habiendo pasado, al menos, doce meses del fallecimiento del paciente. A los 6 meses, se midieron de nuevo las variables dependientes a través de las escalas estandarizadas. Se valoró la experiencia de las participantes en relación con el grupo y se abordaron los problemas psicosociales individuales que no eran pertinentes tratarlos a nivel grupal. Al finalizar el grupo, se realizó la última medición y se valoró la satisfacción de las integrantes en relación al proceso de terapia.

Los datos del estudio fueron analizados con el estadístico del Programa SPSS versión 22.0 para analizar y comparar las puntuaciones pre-tratamiento, a los 6 meses y pos-tratamiento grupal de la Escala de Prigerson, que diferencia el duelo normal del duelo complicado, la Escala HAD, que mide síntomas de ansiedad y depresión, y la Escala BHS, que puntúa nivel de desesperanza. Como hipótesis, se planteó encontrar diferencias significativas en las puntuaciones de estas antes y después de la terapia grupal.

Se eligen Estadísticos no Paramétricos debido al número pequeño de pacientes tratadas. Se aplica la prueba de Friedman y la Q de Cochran.

Las sesiones de intervención mantuvieron la siguiente estructura: 1. Resumen de lo trabajado en sesión anterior y revisión de tareas para casa. 2. Ventilación emocional en el aquí y ahora. Facilitar espacio para la expresión del malestar, recibiendo el feedback del grupo. 3. Psicoeducación y reflexión sobre el tema propuesto, referente a las tareas de Worden<sup>(7)</sup> y extraído de Magaña y Bermejo<sup>(20)</sup>, alentando a la búsqueda de insight y generando nuevas estrategias de afrontamiento. 4. Ejercicio de cierre y propuesta de la semana.

En la siguiente tabla se resumen los contenidos de las sesiones:

Tabla 3. Contenido de las sesiones

<b>Sesión 1: Entrando en duelo</b>
Objetivo: Generar clima cálido de acogida. Facilitar el vínculo afectivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibimiento de los componentes del grupo y presentación terapeuta.</li> <li>• Explicación general de la estructura del grupo. Lectura de pautas.</li> <li>• Presentación con narración abierta del grupo.</li> <li>• Validación y legitimación de lo expresado en las presentaciones.</li> <li>• Comprendiendo el duelo. El duelo como proceso natural.</li> <li>• Las múltiples dimensiones del duelo. Validación de síntomas. Recordar sin sufrir distinto de olvidar.</li> <li>• Compromiso de cooperación y cierre con expectativas centradas en las posibilidades.</li> </ul>
<b>Sesión 2: Entrando en duelo.</b>
Objetivo: Facilitar la exploración del significado de la muerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo mi duelo. Qué significa estar en duelo.</li> <li>• Intercambio sobre el duelo. (No forzar la narración de lo ya integrado) Relato de la pérdida sufrida. Respetar llantos y silencios. Ante los eufemismos del doliente, reformular y preguntar con lenguaje evocador. <i>¿De qué murió Fernando?</i></li> <li>• Devolución grupal.</li> <li>• Validación y legitimación del facilitador después de cada intervención.</li> </ul>
<b>Sesión 3: Entrando en duelo</b>
Objetivo: Facilitar la exploración del significado de la muerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo el duelo. Los distintos momentos del duelo: Embotamiento, Anhelo y Búsqueda, Desorganización y Desesperanza, mayor o menor Reorganización</li> <li>• Identificación del grupo con lo expresado.</li> <li>• Identificar como es el día a día tras la muerte. Necesidades Inmediatas.</li> <li>• Validar las estrategias compensatorias de cada uno como parte del proceso.</li> <li>• Devolución del facilitador y del grupo.</li> <li>• Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 4: Yo ante mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar que el doliente comprenda “quien” ha muerto y que se ha “ido” con su muerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo el duelo: el duelo, precio que se paga por amar. El vínculo.</li> <li>• Exploración de la historia vincular. Relatar historia de relaciones. <i>¿Qué se ha llevado con su muerte? ¿Qué te aportaba tu ser querido? ¿Cómo te sentías con él?; -seguridad-compañía-valía-diversión... ¿Qué es lo que más echas de menos de todo?...</i></li> <li>• Identificar quien siente que es tras la pérdida. <i>¿Quién sientes que eres tú? ¿Cómo te defines a ti mismo?</i></li> <li>• Devolución del facilitador y grupal.</li> <li>• Tarea para la semana y cierre de la sesión.</li> </ul>

<b>Sesión 5: Yo ante mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar la asimilación progresiva de la realidad de la muerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo el duelo. El duelo como proceso activo. Explicación de las posibles dificultades para asimilar la muerte del ser querido.</li> <li>• Identificación del grupo con lo expuesto.</li> <li>• Devolución facilitador y grupo.</li> <li>• Tarea para la semana. Pedir que traiga “algo” relacionado con el ser querido, que sea importante para ellos y cierre de sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 6: Yo ante mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar la asimilación progresiva de la realidad de la muerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de las pertenencias.</li> <li>• Comprendiendo el duelo. La negación. Las conductas de búsqueda.</li> <li>• Identificar estrategias de evitación/afrentamiento. Identificar conductas de búsqueda.</li> <li>• Identificar conductas funcionales/disfuncionales. Respetar mecanismos de compensación funcionales.</li> <li>• Devolución grupal.</li> <li>• Tarea para la semana y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 7: Sintiendo mi duelo</b>
Objetivo: Ayudar a comprender y manejar los elementos (pensamientos, imágenes y creencias) que aumentan el sufrimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea.</li> <li>• Comprendiendo el duelo: Explicación sufrimiento evitable, sufrimiento inevitable.</li> <li>• Recuerdo glorioso, recuerdo doloroso.</li> <li>• Identificar los pensamientos y/o conductas que aumentan el sufrimiento.</li> <li>• Devolución del facilitador y del grupo a cada uno de los miembros que lo forman.</li> <li>• Tarea para la semana. Propuesta de mini objetivos y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 8: Sintiendo mi duelo</b>
Objetivo: Ayudar a comprender y manejar los elementos (pensamientos, imágenes, creencias) que aumentan el sufrimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea. Recoger los mini objetivos.</li> <li>• Comprendiendo el duelo. Qué son los elementos perpetuadores; síntomas intrusivos, “porqués”, “flashback”, etc. Cómo pueden afectar en el proceso de duelo.</li> <li>• Identificación de cada miembro del grupo con lo expuesto.</li> <li>• Devolución facilitador y grupo.</li> <li>• Trabajo con el grupo en el manejo de perpetuadores.</li> <li>• Tarea para la semana. Trabajar el manejo de “intrusos mentales” y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 9: Sintiendo mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar la identificación de los sentimientos tras la muerte y su expresión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen de lo trabajado hasta el momento. Centrar en avances, acoger limitaciones.</li> <li>• Comprendiendo el duelo. Posibles sentimientos de reacción a la muerte. Comentar los distintos sentimientos que pueden aparecer tras la muerte del ser querido. Validar los peor tolerados; envidia, rabia, culpa, ambivalencia. La importancia de drenarlos.</li> <li>• Identificar si hay somatizaciones.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de exploración de sentimientos generados en alguno de estos momentos. Ayudar a poner nombre a los sentimientos y a darse permiso para sentirlos. “¿Expresas tus emociones”? ¿Sí/no? “¿Qué haces con ellas”?”</li> <li>• Explorar la red de apoyo informal. Invitar a la expresión de emociones en el medio habitual del doliente.</li> </ul>
<b>Sesión 10: Sintiendo mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar la identificación de los sentimientos tras la muerte y su expresión. Manejo de la pena
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo mi duelo; correlación de tristeza con conciencia de la pérdida.</li> <li>• Estimular su expresión y el llanto si fuera necesario.</li> <li>• Explorar si el contexto convivencial facilita su expresión y si tiene alternativas.</li> <li>• Ayudar a identificar el significado de las lágrimas o de las “no-lágrimas”.</li> <li>• Explorar el manejo de la pena; ¿Cómo la sientes? ¿Qué haces con ella? ¿Te permites llorar? ¿Lloras solo?...</li> <li>• Validar tanto el llorar como el no llorar, aclarando que no es significativo de haber amado mucho o poco.</li> <li>• Devolución facilitador y grupal.</li> <li>• Tarea para la semana/ cierre sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 11: Sintiendo mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar la identificación de los sentimientos tras la muerte y su expresión. Manejo de la ira
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo el duelo. La ira como expresión de sufrimiento. Rabia como formación reactiva.</li> <li>• Acoger y validar la hostilidad como respuesta a la muerte del ser querido.</li> <li>• Puntos de encuentro entre la rabia y el sufrimiento por la muerte. Derecho al resentimiento.</li> <li>• Investigar ideación suicida.</li> <li>• Explorar identificación de rabia y su abordaje: Contra qué o quién. (Posibilidad contra el fallecido y no expresado por idealización)</li> <li>• ¿Qué haces con ella? - ¿Consecuencias de esta forma de vivirla? Alternativas.</li> <li>• Trabajar la canalización de manera saludable.</li> <li>• Perdón como derecho, sólo el doliente tiene autoridad moral para ello.</li> </ul>
<b>Sesión 12: Sintiendo mi duelo</b>
Objetivo: Facilitar la identificación de los sentimientos tras la muerte y su expresión. Manejo de la culpa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo el duelo. Introducción sobre la culpa en duelo.</li> <li>• Identificar si es un sentimiento primario o secundario.</li> <li>• Identificación de sentimiento de culpa. Por lo hecho o no hecho con el fallecido. Por no experimentar el sentimiento supuestamente normal. Por lo acontecido.</li> <li>• Diferenciar si es racional o irracional. (Adaptativa o desadaptativa).</li> <li>• Si irracional; confrontación con la realidad. - Dices no haber hecho lo suficiente; ¿Qué hiciste? ¿Qué más hiciste? ¿Por qué lo hacías?... Trabajar la vulnerabilidad humana.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si racional; trabajar la facilitación de la aceptación de las propias imperfecciones-amor no perfecto. Conductas de reparación.</li> <li>• Desmitificar el último momento. Sentido de despedida.</li> <li>• Devolución grupal y facilitador.</li> </ul>
<b>Sesión 13: Reorganizando mis capacidades</b>
Objetivo: Facilitar el ayudar a vivir el día a día sin el fallecido
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea.</li> <li>• Identificar las acciones de controlabilidad que ya ejerce el doliente en su vida (toma de decisiones y acciones).</li> <li>• Reflexionar sobre la diferencia en duelo entre la contemplación y la acción.</li> <li>• Identificar dificultades que están teniendo a la hora de llevar a cabo roles nuevos o sin el apoyo del ser querido.</li> <li>• Acoger el sentimiento de impotencia y ansiedad. Diferenciar entre ser incapaz y sentirse incapaz.</li> <li>• Confrontar con las estrategias usadas antes para funcionar solo.</li> <li>• Devolución grupal y del facilitador.</li> <li>• Tarea para la semana y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 14: Reorganizando capacidades</b>
Objetivo: Facilitar el ayudar a vivir el día a día sin el fallecido
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuesta de entrenamiento previo en el desarrollo de roles.</li> <li>• Propuesta de tarea y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 15: Recordar y sentir el afecto</b>
Objetivo: Facilitar la recolocación emocional del fallecido. Fomentar la presencia afectiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendiendo el duelo. Diferenciar recuerdo afectivo de presencia física.</li> <li>• Objetos y lugares de vinculación. El recorrido hacia la presencia afectiva; Identificar el significado de: fotos, ilusiones visuales o auditivas, visita a lugares, pensamientos reiterados con el fallecido...</li> <li>• ¿Qué suponen para el doliente estos objetos y comportamientos?</li> <li>• Salvo “momificaciones” validarlo como enlaces con la presencia afectiva del fallecido.</li> <li>• ¿Cómo hace para tener presente afectivamente a su ser querido?</li> <li>• Propuesta de tarea y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 16: Recordar y sentir el afecto</b>
Objetivo: Facilitar la recolocación emocional del fallecido. El cariño y presencia a través del cariño
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea.</li> <li>• Incidir en que el objetivo no es olvidar al ser querido, si no de reestructurar el tipo de vínculo y la forma de relacionarse con él.</li> <li>• Facilitar la “transformación” del vínculo físico, centrado en los sentidos en el centrado en los afectos.</li> <li>• Explicar la importancia de lo simbólico; experiencia simbólica personal: - es mi consejero permanente, mi guía...</li> <li>• Trabajar el derecho a darse permiso para disfrutar y amar.</li> <li>• Propuesta de tarea y cierre de la sesión.</li> </ul>

<b>Sesión 17: Recordar y sentir afecto</b>
Objetivo: Fomentar la relación afectiva o espiritual con el fallecido
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un lugar para el difunto que permita a la persona superviviente estar en contacto con él, pero de un modo que no le impida continuar viviendo.</li> <li>• Dar valor a las iniciativas que marcan la presencia afectiva o simbólica.</li> <li>• Trabajar la fantasía de que lo puedo ver por todas partes y animar a recolocación real.</li> <li>• Señalar el momento de modo especial introduciendo el recurso al rito, indagando por los ritos en el momento presente. Partir de los que ya viven las personas en duelo.</li> <li>• Devolución grupal y del facilitador.</li> <li>• Tarea para la semana y cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 18: Los otros, mi duelo y yo</b>
Objetivo: Facilitar la creencia en uno mismo y en los demás. Invertir en nuevas relaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea.</li> <li>• Posibilidad de un cambio de escenario.</li> <li>• Identificación del tipo de relaciones con familiares y amigos. Importancia de permitir las diferencias emocionales-expresiones diferentes-tiempos diferentes...</li> <li>• Identificar las dificultades en sus relaciones interpersonales: el silencio opresivo - no recibir ya consuelo - <i>meter prisa...poner más de su parte...</i> - <i>utilizar el duelo como herramienta de interacción.</i></li> <li>• <i>¿Te reconoces en alguna de estas situaciones? ¿cómo vives las dificultades en tus relaciones? ¿Tienes personas que te reconfortan en tu duelo?</i></li> <li>• Confrontación de comportamientos y consecuencias <i>¿Qué consigues al reaccionar como lo haces?</i></li> <li>• Devolución del facilitador y del grupo a cada uno de los miembros que lo forman.</li> <li>• Tarea para la semana y cierre de sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 19: Y ahora, ¿quién soy?</b>
Objetivo: Ayudar a que la persona en duelo de sentido a su vida sin el ser querido
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea.</li> <li>• Comprendiendo el duelo. Explicar la diferencia entre problema y misterio. Facilitar el entender la muerte como misterio.</li> <li>• Explorar quien soy yo ahora, después de la dura experiencia de pérdida: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Has aprendido o descubierto algo de ti mismo?</li> <li>- ¿Identificas cambios en tus formas, en tus valores?</li> <li>- ¿Te reconoces nuevos recursos?</li> </ul> </li> <li>• Devolución facilitador y grupo.</li> <li>• Propuesta de tarea y cierre de sesión.</li> </ul>
<b>Sesión 20: Y ahora quién soy yo</b>
Objetivo: Facilitar la reorganización y recuperación de la persona en duelo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre de las sesiones.</li> <li>• Revisión de tarea.</li> <li>• Expresar las emociones que genera la conclusión de las sesiones.</li> <li>• Recordatorios importantes: los picos del duelo, las habilidades adquiridas, algunas tareas pendientes.</li> <li>• Despedida.</li> </ul>

### 3. Resultados

Las tabla 4 representa los estadísticos descriptivos de la sintomatología ansioso-depresiva, desesperanza y síntomas de duelo antes, durante el tratamiento (a los 6 meses) y al finalizarlo. Se muestran los resultados de la prueba de Friedman. En la tabla 5 se muestran las frecuencias de casos sin síntomas de ansiedad, depresión, duelo complicado en los tres momentos de medición y la significación según la Q de Cochran

Tabla 4. Estadísticos descriptivos (n=6), Prueba de Friedman

	Pre-tto Media (DT)	6 meses Media (DT)	Post-tto Media (DT)	Significación estadística Friedman (p)
HAD ANSIEDAD	11,8 (3,5)	9,3 (2,4)	6,2 (3,8)	0,15
HAD DEPRESIÓN	12,7 (2)	9,2 (4,3)	7,7 (4,4)	0,041*
IDC	50,2 (5,6)	39,3 (9,9)	31,8 (10,7)	0,042*
BHS	12,8 (4,6)	8 (6,6)	6,3 (5,8)	0,055

Se muestran significaciones asintóticas ( $p < 0,05$ )

BHS: Escala de desesperanza; HAD ANS: Subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HAD DEP: Subescala de Depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; IDC: Inventario de Duelo Complicado.

Tabla 5. Frecuencia de casos sin síntomas de ansiedad, depresión, duelo complicado y desesperanza en los tres momento de medición y significación estadística según la Q de Cochran.

	Pre-tto	6 meses	Post-tto	Q Cochran (p)
HAD ANSIEDAD < 7	2	2	4	0,50
HAD DEPRESIÓN < 7	0	0	4	0,018*
IDC < 25	0	1	4	0,039*
BHS < 9	1	3	4	0,055

Se muestran significaciones asintóticas ( $p < 0,05$ )

BHS: Escala de desesperanza; HAD ANS: Subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HAD DEP: Subescala de Depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; IDC: Inventario de Duelo Complicado.

Durante el proceso de tratamiento en duelo complicado, los síntomas de duelo complicado y de depresión disminuyeron de forma significativa ( $p < 0,05$ ), y la ansiedad y la desesperanza muestran reducciones sin alcanzar la significación. Cuatro de los seis sujetos iniciales al finalizar el tratamiento presentaban puntuaciones normales en duelo complicado y en los otros síntomas.

Tabla 6. Algunas respuestas de las participantes a las preguntas ¿Qué es lo que te ha ayudado y más valoras de la experiencia vivida en el grupo?” y “¿Qué has aprendido de ti misma?”

“El grupo me ayudó muchísimo. Sentía que pertenecía a él y que podía hablar lo que no podía compartir con nadie. Tengo un vínculo especial con todas, pero en especial con una. Hicimos un grupo de WhatsApp y nos tenemos presentes día a día. Se puede tirar para adelante. Ver pérdidas diferentes y más duras ayuda. Cada una tiene su dolor. Observas y ves esperanza cuando van avanzando y mejorando. Tú misma puedes también superarlo y conseguirlo. Es un reto. Se puede tirar para adelante”

“Es mucho apoyo el que recibes y el que das. Somos como una familia. Compartes tus heridas y siento que lo que aportó ayuda al resto de mujeres. Nuestros duelos son diferentes, no es lo mismo un padre, que una hija, pero ayuda desahogarse. Me siento valiosa por lo que doy. Me tienen de madre. En el duelo ves que hay que resignarse, que por más que quieras no va a volver”

“Me siento muchísimo mejor. Al principio me sentía muy tímida y me costaba hablar y compartir, pero con el tiempo las he sentido un gran apoyo y relación especial con ellas. Han estado en momentos difíciles familiares. Cuento con ellas, les comparto mis miedos. Es un vínculo muy intenso. No puedo sentir más agradecimiento. En mi duelo, aún sigo buscando a mi marido, aunque menos. Funciono en la vida, pero al llegar a casa siento que está ahí y lo que más me limita son las imágenes constantes del momento de su muerte”

“Dejé de venir por cuidar a un familiar. A veces me costaba el grupo. Al escuchar las vivencias de las demás me derrumbaba. Aunque hay vivencias muy duras, para mí la dolorosa es la vivida con mi marido y siento mucho dolor. Aunque sentía mucha pena del sufrimiento de las otras me compensaba venir. Empatizar con las demás ayuda, refuerza lazos. Se nota la diferencia entre el grupo y yo. Ellas avanzaron y yo me quedé atrás. Sí que veo que fue por dejarlo”

“Me aportó todo. Amigas muy buenas, confesoras, familia, mi psicóloga. Personas muy importantes. Aprendes, te conformas con lo que te trae la vida. Aceptar las cosas como vienen. Los bajones son normales y son parte del camino. Hay que darles espacio. Ha sido todo un aprendizaje para mí. He cambiado. Valoro a las personas buenas y a la vida ahora. Ya no hay crisis de ansiedad. Me ha enseñado a vivir. Antes no sabía. He cambiado yo al 95%. Soy otra. Comprendo la vida. Antes me enfadaba. La vida es según tú la miras. Nunca pensé que pudiera cambiar así. Sólo quería estar en la cama.”

#### 4. Discusión

La terapia para duelo complicado ha demostrado ser eficaz en el alivio de los síntomas a corto y largo plazo, aumentando su efecto de forma significativa en el tiempo<sup>(28)</sup>. Diferentes estudios ponen en evidencia su efectividad, siendo mayor cuanto más patológico es un duelo<sup>(10)</sup> y cuando se ponen en marcha como parte del plan cerrado de tratamiento<sup>(29)</sup>.

La eficacia de las terapias grupales en el duelo complicado no está demostrada, el metaanálisis de Kato y Mann<sup>(16)</sup> y con el estudio de Sanz<sup>(17)</sup>, mostraron que resultados de la terapia grupal no eran favorables. Si bien, Supiano y Luptak<sup>(30)</sup>, y recientemente Lacasta y Cruzado (en prensa) han mostrado resultados muy positivos de la terapia cognitivo conductual grupal. Los resultados del presente trabajo sugieren que la intervención grupal es útil, por lo que es necesario promover la investigación de un estudio multicéntrico donde se pueda determinar realmente el impacto de la intervención psicológica en grupo.

Existen factores de crecimiento inherentes a la formación de grupos de apoyo<sup>(11)</sup>, tales como cohesión y apoyo mutuo, que muestran que los grupos son lugares para expresar, sin miedo a la crítica, soledad y sufrimiento, y en los que se trabaja el duelo como un proceso a elaborar, no una enfermedad, mandando un mensaje desculpabilizante, de esperanza y responsabilidad con sus propias vidas.

La experiencia subjetiva del grupo supuso para las pacientes un lugar de crecimiento y apoyo mutuo. Como compartieron en la evaluación final, adquirieron nuevas habilidades y recursos para un afrontamiento activo ante las circunstancias adversas de la vida. El vínculo terapéutico fue muy seguro, viviendo su proceso sin profunda tristeza e intensa soledad. Por lo que las participantes sintieron más aliviado su sufrimiento, y recuperaron la ilusión y autoestima en algunas áreas de su vida gracias a la psicoeducación y al desahogo emocional.

El proceso terapéutico en duelo complicado es largo en el tiempo y a menudo recurrente en las áreas de trabajo del profesional. El estancamiento emocional en la negación de la pérdida supone para las pacientes una forma de vincularse y sostener el dolor tras la muerte del ser querido, encontrando la única forma de alivio y tolerancia a la soledad. La falta de aceptación de la muerte en las participantes era percibida como un recurso de afrontamiento en el proceso de adaptación a la nueva vida.

La cronificación de esta tarea provoca un gran malestar que limita la evolución positiva de la persona en su proceso terapéutico. Es importante que los profesionales sanitarios preparen a los familiares y enfermos para la muerte, antes de que esta se produzca y cuando la evolución de una enfermedad sea desfavorable, ya que la toma de conciencia favorece el inicio de la despedida y la prevención de complicaciones en el duelo.

Para experiencias futuras, se recomienda ampliar la muestra para medir la efectividad del tratamiento grupal en duelo complicado, incluir la figura del coterapeuta para ayudar en la contención emocional y observación clínica, explorar las necesidades reales de motivación de los pacientes con el grupo, y entender el duelo como un proceso no lineal en el que la negación y resistencia a aceptar la muerte pueden estar presentes durante largo tiempo. Es importante que el profesional acompañe a los pacientes y regule su capacidad de frustración ante el no avance de las tareas. Se debe recordar que el duelo es un proceso dinámico y multidimensional.

El presente estudio expone un protocolo de intervención grupal en duelo y aporta unos resultados preliminares que sugieren la utilidad de una mayor investigación

### *Limitaciones del estudio*

La principal limitación del estudio ha sido el escaso número de participantes que impide valorar la eficacia del tratamiento y extrapolar los resultados obtenidos a una población de similares características.

Otra limitación es la falta de aleatorización y la ausencia de un grupo control. Este déficit ha restado potencia al estudio, así como validez interna.

## 5. Conclusiones

Los resultados del estudio muestran mejorías significativas para los síntomas de depresión y duelo complicado ( $p < 0,05$ ), lo cual sugiere la posible eficacia de la intervención grupal propuesta.

La terapia en duelo complicado generó en las participantes una experiencia de disminución del sufrimiento, y recuperación de la ilusión y la autoestima.

Es necesario realizar más estudios en este sentido para validar esta intervención grupal para el duelo complicado.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Echeburúa E, Herranz A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta* 2007; 33: 31-50
2. Barreto P, Yi P, Soler M. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* 2008; 5: 383-400.
3. American Psychiatric Association DSM5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Médica Panamericana, 2014.
4. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editors. *Handbook of bereavement research and practice: 21st Century Perspectives*. Washington: American Psychological Association, 2008. p. 165-86. <https://doi.org/10.1037/14498-008>
5. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 103-17. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
6. Barbero J, Gómez Batiste X, Maté J, Mateo D, editors. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual*. Barcelona: Obra Social “La Caixa”, 2016.
7. Worden JW. *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 2010.
8. Landa V, García JA. *Guía Clínica sobre el duelo. Guías clínicas; 2007*. [Acceso 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Duelo.pdf>
9. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos*. Sistema Nacional de Salud. . Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008. [Acceso 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/eu\\_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf)
10. Schut H, Stroebe MS. Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review off efficacy studies. *J Palliat Med* 2005; 8: 140-7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140>
11. Yalom ID, Vinogradov S. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.

12. Lacasta MA, De Luis V. Evaluación de los resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 502-9.
13. Genevro JL, Marshall T, Miler T. Report on bereavement and grief research. *Death Studies* 2004; 28: 491-575. <https://doi.org/10.1080/07481180490461188>
14. Forte AL, Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: A systematic review. *BMC Palliat Care* 2004; 3:3 <https://doi.org/10.1186/1472-684x-3-3>
15. Limonero J, Lacasta MA, García García JA, Maté J, Prigerson H. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*. 2009; 16: 291-7. Disponible en: [http://www.secpal.com/medicina\\_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521](http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521)
16. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 1999; 19:275-96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10097872>
17. Sanz JM, García IM, Carbajo E. Tratamiento del duelo en salud mental: Una experiencia grupal. *Rev Psicoter* 2015; 25: 115-33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v25i99.22>
18. Bermejo JC, Sánchez E. Grupos de ayuda mutua en duelo: eficacia y perspectiva. *Mapfre Medicina*. 2007; 18: 82-9.
19. Camps C, Sánchez PT, editors. *Duelo en Oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007.
20. Magaña M, Bermejo JC. “Modelo humanizar” de intervención en duelo. Madrid: Sal Terrae, 2014.
21. Pérez P, Hernán Gómez L, Santiago C. Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública* 2000; 12: 273-84.
22. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CH F, Bierhals AJ, Newson JT et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995; 59: 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
23. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
24. Terol MC, López-Roig S, Rodríguez Marín J, Martí-Aragón M, Pastor MA & Reig MT. Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad Estrés* 2007; 13: 163-76.
25. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Helplessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-5. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
26. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Rev Invest Psicol* 2006; 9: 69-79. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4029>
27. Díaz Curiel J. Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011; 31: 99-107. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000100007>
28. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G & Van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31, 69-78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130937>
29. Glass RM. Is Grief a Disease? Sometimes. *JAMA* 2005; 293:2658-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2658>
30. KP, Luptak M. Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist* 2014; 54: 840-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>