

## Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención

### Mourning and health-disease process in primary health care as the setting for its attention

Dra.C. Carmen Regina Victoria García-Viniegras<sup>I</sup>; Dr.C. Jorge A. Grau Abalo<sup>II</sup>; Lic. Olga E. Infante Pedreira<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez". La Habana. Cuba

<sup>II</sup> Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana. Cuba

<sup>III</sup> Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". La Habana. Cuba

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el duelo es un proceso normal de adaptación a las pérdidas, que atañe a la persona, pero puede derivar en un factor de riesgo de enfermar, elevando la morbilidad y la mortalidad de los dolientes. Constituye un problema semioculto en la salud pública contemporánea que es preciso develar. Requiere un monitoreo cuidadoso y un manejo general para evitar complicaciones.

**Objetivo:** caracterizar el duelo en su relación con el proceso salud-enfermedad, así como proporcionar algunos elementos para su abordaje en el nivel primario de atención.

**Método:** se realizó una revisión de la literatura acerca del impacto del duelo en el proceso salud-enfermedad.

**Desarrollo:** el duelo constituye una etapa de riesgo para la aparición de algunas enfermedades (depresión, susceptibilidad inmunológica) o para que el mismo se convierta en una enfermedad o "duelo patológico" diferente al síndrome depresivo. La familia es el marco natural donde cursa este proceso, por lo que su evaluación y participación en la intervención cobra una especial significación. El médico especialista en Medicina Familiar y su equipo de salud son los indicados para brindar atención a este problema de salud muchas veces oculto.

**Conclusiones:** el impacto del duelo es un importante factor de riesgo para la salud, por lo que es necesario su seguimiento, especialmente en el nivel primario de atención, que permita garantizar su curso normal y evitar complicaciones.

**Palabras clave:** Duelo, pérdida, factor de riesgo

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Grief is a normal adaptation to losses, which relates to the person, but the process can result in disease risk factor, increasing the morbidity and mortality of the mourners. It is a semi-hidden problem in contemporary public health that must be unveiled. Careful monitoring and overall management to avoid complications is required.

**Objective:** To characterize the match in their relationship with the health-disease process and as well provide some elements for addressing at the primary care level.

**Method:** A review of the literature was performed on the impact of grief in the health-disease process.

**Development:** Grief is a stage of risk for the occurrence of some diseases (depression, immune susceptibility) or for becoming a disease or "pathological grief" different from depressive syndrome. Family is the natural environment where this process occurs, so its assessment and participation in the intervention is of particular significance. The specialist in family medicine and his/her health care team are the ones to bring attention to this health problem which is often hidden.

**Conclusions:** the impact of grief is an important health risk factor, so monitoring is necessary, especially at the primary care level, which ensures its normal course and avoids complications.

**Keywords:** Grief, loss, risk factor.

---

## INTRODUCCIÓN

Del latín "*dolos*" (dolor), se concibe el duelo como reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. También se refiere a la reacción en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe.

Naturalmente, la muerte ha sido el paradigma del duelo, e incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Es un proceso normal de adaptación, por lo cual, en principio, no requiere del uso de psicofármacos ni de intervenciones psicológicas especiales o técnicas muy sofisticadas.

Sin embargo, cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto que los dolientes tienen elevada morbimortalidad. Se ha reportado que los médicos de atención primaria (APS) ven dichas situaciones con frecuencia vinculadas a problemas de salud, lo que apunta a un proceso de salud pública semi-oculto que se debe abordar.

---

El duelo es un período de crisis que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de trastornos que aparecen o se agravan durante el duelo; otras veces en el curso del duelo, surgen como descompensación de una enfermedad crónica previa; en tanto en otras ocasiones, las enfermedades se deberán a conductas de riesgo que se incrementan (alcohol, tabaco, medicamentos...). Es este un campo importante para la medicina preventiva, que implica seguimiento y un soporte activo a los dolientes.

El objetivo de este estudio fue caracterizar el duelo en su relación con el proceso salud-enfermedad, así como proporcionar algunos elementos para su abordaje en el nivel primario de atención.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica tomando fuentes aparecidas en el PubMed, así como publicaciones de autores cubanos dedicados al tema. Se tomaron aquellas que vinculaban el proceso de duelo al riesgo de enfermar; las que trataban al duelo complicado como problema de salud; y las referidas a propuestas para el abordaje del mismo desde la Atención Primaria de Salud.

## DESARROLLO

### *El duelo como factor de riesgo*

Resultados de investigaciones actuales avalan la consideración del duelo como factor de riesgo de enfermedades.<sup>1,2</sup> Después de una pérdida significativa se reporta más riesgo a todas las edades de contraer una enfermedad que aquellas que no han vivido esa experiencia

La experiencia clínica demuestra que el duelo hace aumentar el abuso de psicofármacos, alcohol, tabaco y otros tóxicos. El duelo suele acompañarse de trastornos del sueño<sup>3</sup> y se vincula de alguna forma a las causas de suicidio.<sup>4</sup> El duelo complicado de carácter patológico incrementa el riesgo de muerte cardíaca súbita<sup>5</sup> además de los suicidios.

Algunos autores han estimado que alrededor del 20 % de pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos, tienen un duelo no resuelto.<sup>6-7</sup>

Estudios realizados en distintos países han demostrado que la experiencia del duelo por muerte de familiares puede tener un efecto sobre el sistema endocrino e inmune,<sup>8-17</sup> y constatan un elevado riesgo de morbimortalidad después del duelo, especialmente ante la viudez.<sup>18-26</sup>

Ante la pregunta a 6 783 médicos españoles de APS, <sup>2</sup> "¿Ha visto usted problemas físicos o psíquicos en los familiares que atraviesan un duelo?", el 55,25 % dijo que *frecuentemente*, el 41,39 % contestó que *ocasionalmente* y el 3,3 % dijo que *nunca*.

Un fenómeno frecuente es el miedo de los dolientes a contraer la misma enfermedad que acabó con la vida del enfermo, lo que conduce en muchas ocasiones a la llamada "somatización". Se deben poner en práctica todas las reglas de la escucha activa y

permitir a la persona expresar sus preocupaciones, tranquilizarle y explicarle que este proceso es una reacción frecuente que expresa los lazos afectivos existentes. Si la situación persiste, es aconsejable proceder a estudios para demostrar al doliente el carácter más o menos irreal de su preocupación.<sup>2</sup>

### ***El duelo como problema de salud***

Para conocer si nos encontramos ante un duelo con evolución tórpida, difícil, que constituya en sí mismo un problema de salud, pueden servir de ayuda 4 criterios.<sup>27</sup>

Criterio A:

- 1) Muerte de alguien significativo para esa persona,
- 2) Estrés por la pérdida, expresando cada día o en grado acusado, pensamientos acerca del fallecido que entran en la mente sin control, añoranza, búsqueda a sabiendas que está muerto y soledad.

Criterio B:

Dado por el trauma psíquico, presentando cada día o en grado acusado, 4 de 8 síntomas: 1) Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro,

- 2) Sensación de frialdad, indiferencia, ausencia de respuesta emocional o varios,
- 3) Dificultades en aceptar la muerte (incredulidad durante días o semanas),
- 4) Sentir la vida vacía y sin sentido,
- 5) Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo,
- 6) Perder la sensación de seguridad, la confianza, el control,
- 7) Asumir síntomas y conductas perjudiciales del fallecido,
- 8) Irritabilidad, amargura, enfado o varias de estas manifestaciones.

Criterio C:

La duración del trastorno (los síntomas arriba indicados) debe ser, de al menos 6 meses.

Criterio D:

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

Sobre la base de estos elementos se han desarrollado algunos instrumentos sencillos con aceptables propiedades psicométricas para evaluar la intensidad del duelo.<sup>28-31</sup> Estas evaluaciones pueden ayudar en alto grado a su prevención y control.

Se puede confundir la depresión con el duelo. Kaplan contrasta similitudes y diferencias: <sup>2</sup>

DUELO	DEPRESIÓN
Identificación normal con el difunto; escasa ambivalencia.	Identificación anormal y excesiva; mayor ambivalencia e ira inconsciente.
Llanto, pérdida de peso, disminución de la libido, retraimiento, insomnio, irritabilidad, disminución de la concentración y atención.	Manifestaciones similares.
Ideas suicidas poco frecuentes.	Ideas suicidas más frecuentes.
Culpa relacionada con la forma en que fue tratado el muerto; no hay sentimientos generalizados de auto-desvaloración.	Culpa, el sujeto se considera malo o sin valor.
Índice empatía-simpatía.	En general, produce fastidio, disgusto e irritación en los demás.
Con el tiempo los síntomas ceden; la reacción es auto-limitada, suele desaparecer en 6 meses.	Los síntomas no ceden y pueden empeorar; a veces siguen presentes al cabo de años.
Susceptibilidad a enfermedades físicas.	Susceptibilidad a enfermedades físicas.
Responde a la transmisión de confianza y contactos sociales.	No responde a la transmisión de confianza; rechaza contactos sociales.
La medicación antidepresiva es efectiva, pero no siempre necesaria.	La medicación antidepresiva es efectiva y generalmente necesaria.

En los últimos tiempos se ha incrementado la tendencia a hablar de *duelo complicado*, que puede incluir duelos crónicos y patológicos, <sup>32,33</sup> por lo que cobra importancia considerar algunos factores que hacen pensar en que un duelo se hace patológico:

- Existen cambios radicales en estilos de vida, eludiendo actividades y a otras personas.
- Hay trastornos pre-existentes, con historia de depresión, culpas y baja autoestima.
- Ha habido intentos de suicidio.
- El doliente no puede hablar del fallecido sin experimentar dolor intenso.
- El doliente, meses después, se siente ignorado y sin recibir ayuda profesional.
- Hay "regresos" después de una evolución aparentemente normal del duelo.
- Negando angustia se acude con frecuencia a consulta médica por motivos triviales.
- Aumenta consumo de alcohol o psicofármacos.
- Hay compulsión a imitar a la persona muerta.
- Aparecen temas de pérdida en entrevistas clínicas.
- Las personas no quieren desprenderse de bienes materiales del fallecido.
- Se incrementan impulsos destructivos.
- En ciertas fechas hay desproporcionada tristeza.

- Aparecen síntomas similares a los del fallecido.
- Se desarrollan fobias específicas a la enfermedad que fue la causa de muerte.
- Se detecta comportamiento anti-social o francamente psicótico.
- Se instala una esperanza crónica continuada de retorno de la persona amada.
- Se producen sueños repetidos de tentativas de salvar o destruir a la persona perdida.
- Se busca persistentemente distanciamiento de situaciones que recuerden la pérdida.

### ***Duelo y familia***

La familia es el principal marco de pertenencia y referencia del individuo, tiene un peso relevante en los acontecimientos vitales importantes, como sistema se ve afectada cuando un miembro experimenta algún cambio (independencia, accidente, enfermedad, etc.), reorganizando tanto su estructura como sus funciones. Es un elemento activo en el proceso terapéutico que requiere también cuidado por el equipo de salud.<sup>33-35</sup>

Una enfermedad al final de la vida de algún miembro de la familia es una importante fuente de estrés y puede implicar tanto alteraciones emocionales como funcionales. A la anticipación de la pérdida y la presencia de síntomas complejos, se unen dificultades en el funcionamiento familiar producto o no del malestar emocional. Además de enfrentarse a su propio dolor y a cambios del enfermo, los familiares deben proveer de cuidado emocional y físico al paciente, intentando mantener el funcionamiento cotidiano.<sup>32,33</sup>

Algunas alteraciones que pueden presentar los familiares en estas circunstancias son: agotamiento físico y mental; labilidad emocional; depresión; trastornos de ansiedad, especialmente miedos; conductas de consumo abusivas (alcohol, tabaco, comida, compras, etc.); trastornos del sueño (insomnio, pesadillas); alteraciones del apetito y el peso; síntomas hipocondríacos; reacciones fóbicas; conducta dependiente; problemas laborales; regresión conductual (por ejemplo: en niños, una falla en el control de esfínteres); problemas de aprendizaje, concentración, escolaridad y conducta.

En las enfermedades de larga duración que conllevan una prolongada agonía suele aparecer la *claudicación familiar*, la cual se define como la incapacidad de los miembros de una familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del enfermo; se manifiesta en la dificultad en mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos y con el equipo terapéutico.<sup>32,33</sup> Si no se resuelve, puede derivar al abandono emocional del paciente y la ausencia o deterioro de los cuidados.

La existencia previa de claudicación debe considerarse al analizar condicionantes en el duelo, de hecho, puede ser una importante fuente de sufrimiento. Recordemos que el objetivo esencial del cuidado al final de la vida es preservar el bienestar de pacientes y familiares, incrementar su bienestar, que equivale a disminuir su sufrimiento.<sup>36,37</sup>

### *Seguimiento y manejo del duelo en el nivel primario de atención*

La atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo.<sup>38-42</sup> En muchas ocasiones es el médico de familia el que ha asistido en el hogar al fallecido, estableciendo especial relación con la familia. En otras ocasiones, el fallecimiento se produce fuera del domicilio y el doliente acude a su médico de familia con alta confianza, ya le conoce y sabe que puede expresar sus emociones en un ambiente seguro. Por la preparación que tiene el médico de familia, es quien mejor puede atender estos problemas.<sup>38,40</sup>

Aunque no existen en nuestro país datos estadísticos acerca del duelo como motivo de consulta en Atención Primaria de Salud, la constatación y seguimiento de estos procesos en el nivel secundario de atención evidencia la necesidad de tomar en cuenta el seguimiento del duelo, como una tarea preventiva prioritaria en la Atención Primaria, escenario natural donde surgirían problemas de salud en los que el duelo pueda ser un factor de riesgo.<sup>32,33,40-42</sup>

Este es un problema de salud pública, lamentablemente solapado por la creencia de la población y también de los profesionales, de que este sufrimiento es "normal" (lo cual no deja de ser cierto), o en todo caso, tributario de atención psiquiátrica, pero no se evalúan bien los factores de riesgo de duelo complicado, ni se hacen intervenciones tempranas para manejar estos riesgos que, además de incrementar el sufrimiento de quienes pierden a un ser querido, afectan su bienestar y aumentan su vulnerabilidad a enfermar.

Facilitar su desahogo emocional, permitirle conocer detalles relacionados con la muerte de su ser querido, apoyarle sin criticarlo ni imponer prejuicios, considerar normales sus emociones y pensamientos y dejar claro que el dolor intolerable más adelante tendrá fin, son algunas de las medidas que pueden ayudar a que el duelo transcurra normalmente. En contra de creencias populares, el duelo hay que "elaborarlo", el dolor "hay que sentirlo", la persona debe expresarse libremente, no apresurarse en deshacerse de recuerdos del fallecido, no buscar "curas geográficas" ni cambios de hogar.

Los **cuidados primarios de duelo deben** ser: integrales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales); accesibles (el nivel primario es la puerta de entrada del sistema sanitario, cercano al doliente e implantado en la comunidad); coordinados (resuelve los problemas o los deriva a otros, manteniéndose como referencia); longitudinales en el tiempo (disponibles antes de la muerte del enfermo, durante, después y mucho después); y esenciales (basados en técnicas psicológicas básicas, como comunicación y consejería).

Un análisis especial debe dedicarse a la demarcación de las competencias a poner en juego por el médico de familia y por otros profesionales (psicólogos, enfermeros), ya que las técnicas de intervención tienen diverso nivel de complejidad. Muchas obras científicas y también de auto-ayuda contienen consejos para la elaboración del duelo.<sup>32,33,43-50</sup> Pero hay que distinguir el apoyo de las intervenciones profesionales propiamente dichas.<sup>32,33,47</sup>

El estudio y tratamiento del duelo lleva implícito importantes consideraciones éticas. Si el duelo es un proceso "normal" que cada persona elabora con los recursos de que dispone en función de su perfil biográfico y de su actitud ante la vida, y por otra parte, es un proceso que puede complicarse y necesitar perentoriamente la asistencia profesional, entonces hay que recomendar el seguimiento, el monitoreo del duelo, y no una intervención intrusiva, descontextualizada o a destiempo, que puede ser incluso iatrógena. Las distintas modalidades para el seguimiento del duelo por parte

de profesionales y no profesionales implican sutileza, prudencia, atención a la dignidad de cada ser humano, a su historia, a sus relaciones. El principio de la autonomía debe hacerse presente en su seguimiento, al tiempo que el principio de la beneficencia obliga a velar por el curso de este proceso e intervenir con diferentes formas de apoyo.

Toda persona que ha sufrido una pérdida significativa tiene derecho a recibir respetuosa y digna atención a sus sufrimientos, haciendo realidad el principio de justicia. La forma en que se dirija esta atención puede ser diferente, pero los cánones éticos en su orientación son generales y legítimos: el seguimiento para identificar los predictores de riesgo de duelo complicado favorecería este tipo especial de atención. Afortunadamente, hoy en día se dispone de medidas rápidas y con mínimo intrusismo que permiten identificar los factores de riesgo de duelo complicado.

En general, debe tenerse siempre presente que sin dolor, sin tristeza, no hay resolución posible del duelo. Criticarle, imponerle conductas estereotipadas es contraproducente. Para esto es necesario conocer las fases del duelo y los facilitadores de ese proceso, estar bien claros todos que la magnitud de los sentimientos no se miden en un tiempo dado, rígidamente establecido. Ver sus cosas, hablar de él, son acciones necesarias que validan la pérdida y permiten el reencuentro con su imagen en otra dimensión. Es recomendable permanecer varios días en casa antes de reiniciar el trabajo.

El duelo es algo que hace la propia persona y no algo que alguien pueda hacer por ella. Cualquier ayuda o comprensión compasiva es aliviadora, pero no debe ser exagerada. Las soluciones y consejos suelen ser: "supera esto cuanto antes", "tienes que distraerte", "sal y pásala bien", "tienes otros hijos", "te necesitan"...la insistencia en que se supere rápidamente puede dificultar que se realice de forma natural, por etapas. Cuando sean necesarias intervenciones propiamente dichas hay que tener claridad en sus objetivos y sus modalidades; estas sesiones de intervención serán próximas al principio, abordando aspectos más emocionales y se espaciarán progresivamente, ventilando ya problemas más prácticos.

Conviene el seguimiento, al menos, por un año. Se irán considerando técnicas generales o exploratorias al inicio y se utilizarán sólo las más específicas o especiales de acuerdo a la situación y a la persona en duelo. Estos dos últimos tipos de técnicas deben ser empleadas por profesionales debidamente entrenados.<sup>32,33,40,47</sup> El seguimiento y más aún, el manejo terapéutico del duelo, son un trabajo psicológico que exige preparación técnica, ética y profesional, pero sobre todo, una gran responsabilidad y un autocuidado permanente para no dañar la dignidad del doliente y la propia vida del profesional.

## CONCLUSIONES

El duelo es un proceso normal en la vida de las personas, pero constituye un problema de salud por sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad

El acompañamiento y el manejo terapéutico del duelo exige de los profesionales preparación técnica, ética y una gran responsabilidad y autocuidado permanente para no dañar la dignidad del doliente y la propia vida del profesional.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van der Houwen, K. et al. Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Stud.* 2010 Mar; 34 (3):195-220.
2. Gómez Sancho, M. La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Madrid: Arán, 2007.
3. Boelen, P. A, Lancee, J. Sleep Difficulties Are Correlated with Emotional Problems following Loss and Residual Symptoms of Effective Prolonged Grief Disorder Treatment. *Depress Res Treat* 2013 Jul 14.
4. Rostila, M.; Saarela, J. and Kawachi, I. Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ* 2013 Apr 26; 3 (4). 325-33.
5. Sweeney, M. O. and Quill, T.E. Clustering of sudden death and aborted cardiac arrest associated with a family grief reaction. *Heart Rhythm.* 2007 Jul;4 (7): 952-5. Epub 2007 Mar 3.
6. Boelen, P. A. A prospective examination of the association between the centrality of a loss and post-loss psychopathology. *J Affect Disord.* 2012 Mar; 137 (1-3): 117-24. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.004. Epub 2012 Jan 10.
7. Boelen PA, Lancee J. Sleep Difficulties Are Correlated with Emotional Problems following Loss and Residual Symptoms of Effective Prolonged Grief Disorder Treatment. *Depress Res Treat.* 2013;2013:739804. doi: 10.1155/2013/739804. Epub 2013 Jul 14.
8. O'Connor, M. F. Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012 Jun; 14 (2): 141-8.
9. Boelen, P. A. Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: distinctiveness and correlates. *Psychiatry Res.* 2013 May 15; 207 (1-2): 68-72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.021. Epub 2012 Oct 12.
10. Miller, M.C. Understanding grief and loss. Bereavement shares much in common with depression. *Harv Ment Health Lett.* 2011 Dec; 28 (6): 1.
11. Shah, S. M. Et al. Do good health and material circumstances protect older people from the increased risk of death after bereavement? *Am J Epidemiol.* 2012 Oct 15; 176 (8): 689-98. doi: 10.1093/aje/kws162. Epub 2012 Oct 9.
12. Gana, K. and K'Delant, P. The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *J Affect Disord.* 2011 Jan; 128 (1-2): 128-34. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.017. Epub 2010 Jul 8.
13. Dorian, B. and Garfinkel, P. E. Stress, immunity and illness. A review. *Psychol Med* 1987; 17: 393-407.
14. Irving, M., Daniels, M., Bloom, E., Smith, T. and Weiner, H. Life events, depressive symptoms and Immune function. *Am J Psychiatr* 1987; 4: 437-441.
15. Bartrob, R. W., Lazarus, L., Luckhurst, E., Kiloh, L.G. and Penny, R. Depressed lymphocyte function after bereavement. *The Lancet* 1977; I: 834-836.
16. Schleifer, S. J. Et al. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA* 1983; 250: 374-77.
17. Maercker, A. and Lalor, J. Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012 Jun; 14 (2):167-76.
18. Figley, C. H. (2010). El trauma en el duelo. Disponible en: <http://www.renacer.cl>
19. Reyes, M.C., Grau, J., Chacón, M. (2009). Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: ECIMED, 2009.
20. DiGiacomo, M. et al. Health transitions in recently widowed older women: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr 18; 13: 143. doi: 10.1186/1472-6963-13-143.
21. Monk, T. H.; Pfoff, M. K. and Zarotney, J. R. Depression in the spousally bereaved elderly: correlations with subjective sleep measures. *Depress Res Treat.* 2013; 2013: 409538. doi: 10.1155/2013/409538. Epub 2013 Mar 24.

22. Utz, R.L.; Caserta, M. and Lund, D. Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *Gerontologist*. 2012 Aug; 52 (4): 460-71. doi: 10.1093/geront/gnr110. Epub 2011 Dec 7.
23. Kristensen, P.; Weisæth, L. and Heir, T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry*. 2012 Spring; 75(1): 76-97. doi: 10.1521/psyc.2012.75.1.76.
24. Shear, M. K.; Ghesquiere, A. and Glickman, K. Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Nov; 15(11): 406. doi: 10.1007/s11920-013-0406-z.
25. Gordon, T. A. Good grief: exploring the dimensionality of grief experiences and social work support. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2013; 9 (1): 27-42. doi: 10.1080/15524256.2012.758607.
26. Ono, W. Relationships among actions, antecedents, and outcomes of grief care for bereaved caregivers: surveying visiting nurses throughout Japan. *Jpn J Nurs Sci*. 2013 Dec; 10 (2): 212-22. doi: 10.1111/jjns.12000. Epub 2012 Nov 20.
27. Landa, V., García-García, J, A. Guías de Duelo. *Guías Clínicas* 2004; 4 (40).
28. Boelen, P.A. and Hoijtink, H. An item response theory analysis of a measure of complicated grief. *Death Stud* 2009 Feb; 33 (2): 101-29. doi: 10.1080/07481180802602758.
29. Forstmeier, S.; and Maercker, A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *J Affect Disord*. 2007 Apr; 99 (1-3): 203-11. Epub 2006 Oct 18.
30. Kissane, D. W, Bloch, S. and McKenzie, D. P. The bereavement phenomenology questionnaire: a single factor only. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997 Jun; 31 (3): 370-4.
31. García-García, J. A., Landa, V., Trigueros, et al. Inventario Texas Revisado de Duelo: adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria* 2005; 35: 353-58.
32. Reyes, M. C., Grau, J. y Chacón, M. C. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: ECIMED, 2009.
33. Grau, J., Chacón, M. y Reyes, M.C. Entrenando y cuidando al cuidador. Guía para familiares de enfermos crónicos avanzados. La Habana: ECIMED, 2012.
34. Louro, I. Campo de la salud del grupo familiar. En: S. Alvarez (Ed). *Medicina General Integral*. La Habana: ECIMED, 2008, v. 1: Salud y Medicina.
35. Infante, O. La intervención familiar y comunitaria: una contribución a la salud de la población. Conferencia magistral dictada en el III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA 2005). La Habana, Palacio de Convenciones, 2005.
36. Victoria García-Viniegras, C. R. El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de Psicología, Iztacala, México*, 2005, 8 (2): 12-19.
37. Victoria García-Viniegras, C. R. Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Una revisión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2003, 7.
38. Hashim, S. M.; Eng, T. C.; Tohit, N. and Wahab, S. Bereavement in the elderly: the role of primary care. *Ment Health Fam Med*. 2013 Sep; 10(3): 159-62.
39. Redshaw, S.; Harrison, K.; Johnson, A. and Chang, E. Community nurses' perceptions of providing bereavement care. *Int J Nurs Pract*. 2013 Jun; 19 (3): 344-50. doi: 10.1111/ijn.12069.
40. García, J. A. et al. Effectiveness of Primary Bereavement Care for Widows: A Cluster Randomized Controlled Trial Involving Family Physicians. *Death Stud*. 2013 Apr; 37 (4): 287-310. Epub 2013 Feb 19.
41. Ghesquiere, A.; Shear, M. K. and Duan, N. Outcomes of bereavement care among widowed older adults with complicated grief and depression. *J Prim Care Community Health*. 2013 Oct; 4 (4): 256-64. doi: 10.1177/2150131913481231. Epub 2013 Mar 11

42. Infante, O. Duelo. Entrevista en sección de Granma sobre Consulta Médica, martes 3 de abril de 2012.
43. Barreto Martín, P. y Soler Saíz, M. C. Muerte y Duelo. Madrid: Síntesis, 2007.
44. Bermejo, J.C. Estoy en duelo. Madrid: Editorial Casa Revuelos, 2005.
45. Kubler-Ross, E. and Kessler, D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2006.
46. Neimeyer, R.A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós, 2002.
47. Grau, J. El duelo: seguimiento y manejo. Conferencia en el Diplomado de Cuidados Paliativos. Facultad de Ciencias Médicas "10 de octubre", Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, 2012.
48. Kissane, D.; Lichtenthal, W. G. and Zaider, T. Family care before and after bereavement. Omega (Westport). 2007-2008; 56 (1): 21-32.
49. Wintermeyer-Pingel, S.A.; Murphy, D. and Hammelef, K.J. Improving a grief and loss program: caring for patients, families, and staff. Omega (Westport). 2013; 67 (1-2): 233-9.
50. Payás, A. Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo- relacional. Barcelona: Paidós, 2010.

Recibido: 20 de octubre de 2013.

Aprobado: 5 de diciembre de 2013.

*Carmen Regina Victoria García-Viniegras.* Doctora en Ciencias. Especialista en Psicología de la Salud. Profesora e Investigadora Titular. Profesora Consultante. [psicologiame@infomed.sld.cu](mailto:psicologiame@infomed.sld.cu)