

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DUELO PATOLÓGICO

Amai Latiegi Garrido

Psicóloga Clínica.

San Sebastián

Sociedad Vasca de Estudios Paliativos

1. INTRODUCCIÓN

El duelo es un proceso que puede condicionar la vida de los miembros supervivientes de la familia influyendo en el establecimiento de nuevas relaciones en la vida y en su propia autoestima. Es aconsejable iniciar su abordaje con un trabajo previo a la defunción para posteriormente establecer con la familia un programa de seguimiento para poder detectar precozmente los síntomas que sugieran un duelo patológico. En este trabajo se pretende describir en qué consiste el duelo patológico y las cuestiones a tener en cuenta en aras a su prevención y tratamiento.

2. EL PROCESO DE DUELO

Antes de abordar el tema de la prevención del duelo patológico tenemos que comprender en qué consiste el proceso de duelo. Empezaremos por describir 1) qué es un duelo normal y 2) qué es un duelo patológico en la familia.

Por duelo se define a la “Reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada “. Estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales”. Puede ser real o percibido, y tanto por la pérdida de una persona, objeto, función, status, relaciones...etc.

Cuando se quiere establecer un programa de prevención de duelo patológico, hemos de recordar que en el duelo, es probable que los miembros supervivientes de una familia, presenten diversas perturbaciones tanto psicológicas como físicas. El duelo no complicado se manifiesta por una serie de síntomas que se pueden considerar normales y que se caracterizan por la presentación de algún tipo de malestar somático o corporal, preocupación por la imagen

del fallecido, culpa relacionada con las circunstancias de la muerte, dificultad de retomar la vida “normal” antes de la enfermedad y/o el fallecimiento y tendencia a desarrollar rasgos de la conducta del fallecido.

Varios autores consideran que los síntomas del duelo son siempre patológicos, mientras para otros son normales, en cuanto constituyen un reflejo del profundo impacto producido por la pérdida y que salvo situaciones y variables concretas, se puede considerar como parte del proceso de elaboración del duelo de forma no patológica.

Es interesante recordar que a lo largo de la vida, desde niños, vamos pasando continuamente por diversos procesos de duelo, en los que nos desprendemos y/o perdemos objetos y personas sobre las cuales, en un momento dado, volcamos nuestra afectividad tornándose valiosos para nosotros. Las pérdidas van formando nuestra personalidad y modelando nuestra conducta. En la mayoría de las ocasiones hemos ido superando dichas pérdidas a través de una serie de mecanismos de defensa que han ido modelando nuestra forma de afrontamiento y que han conformado a la larga nuestra conducta ante situaciones semejantes que se nos irán presentando posteriormente. En el duelo hay cuatro etapas o fases^{1,2,3,4}: por las que se considera necesario pasar:

- **Etapa de pena y dolor:** Se caracteriza por un sentimiento de aturdimiento y incapacidad de aceptación de la realidad. Puede manifestarse con conductas de hiperactividad, o de embotamiento mental. Suele ser de una duración aproximada: de horas hasta una semana. Hay diversas variables que determinan la intensidad de la misma, según sea el fallecimiento esperado o repentino. Es recomendable que los familiares se sientan libres para manifestar sus miedos o sentimientos.
- **Etapa de miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.** Se caracteriza por la necesidad de encontrar a la persona perdida, por lo

que el familiar tiende a ir a los lugares y hacer aquellas actividades, que hacía o visitaba asiduamente con el fallecido. Este deseo de recuperación puede llevarle a no aceptar la pérdida, por lo que al final se manifiestan conductas de ira, cólera, que pueden ir dirigida a aquellos a los que considera responsables o, también, manifestarse por un sentimiento de frustración. Suele aparecer al cabo de unas horas o días.

- **Etapa de apatía, tristeza y desinterés:** El familiar refiere que se siente mutilado, profundamente triste y sólo. Este sentimiento suele ir acompañado de una variada sintomatología: insomnio, cefaleas, ansiedad, fatiga... Esta etapa, si no es bien resuelta, puede desembocar en una depresión.
- **Etapa de reaparición de la esperanza y reconducción de la vida:** Suele tener lugar en torno a los seis meses o un año. Se trata de una fase de reparación y recuperación, y de una etapa de recuerdo, en la cual la familia evoca las experiencias felices vividas

No debemos olvidar que el duelo afecta tanto a la dimensión sentimental y física, y se manifiesta por medio de somatizaciones y comportamientos.

3. ¿ CÓMO SE PUEDE COLABORAR PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE UN DUELO PATOLÓGICO?

La mejor manera para prevenir la aparición del duelo patológico es el tener en cuenta las características y mecanismos implicados en este proceso. A lo largo de la enfermedad los miembros del grupo desarrollan una serie de conductas que pueden ser tanto adaptativas como desadaptativas, que aumentan en intensidad una vez que óbito ya se ha producido. Se trata de un proceso personal e interpersonal

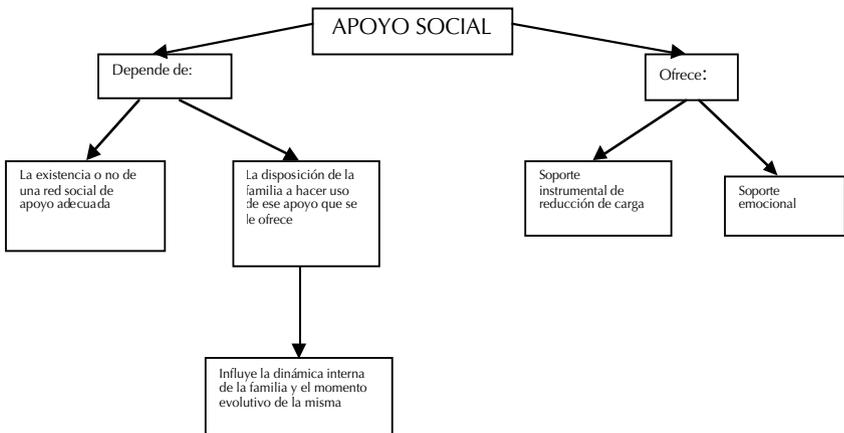
que implica a las relaciones entre los miembros de la familia que con el fallecimiento se ven obligados a establecer un reajuste y a redefinir dicho proceso. En este aspecto la familia recibe las siguientes influencias:

La experiencia de pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos, que les permiten desarrollar unos mecanismos y estrategias que se aplicarán en las próximas pérdidas.

Las características de la propia enfermedad (fundamentalmente su duración) esto es, si es de curso corto, los familiares padecen una menor carga y manifiestan una mayor implicación y constancia en el cuidado del enfermo, mientras que si se trata de una enfermedad de curso prolongado se produce una mayor sobrecarga familiar y un mayor desgaste. Esta cuestión va a ser determinante en la elaboración de la muerte. Existen también diferencias si la enfermedad ha presentado un curso progresivo o recaídas constantes, en relación con el sentimiento de control de la familia y de haber hecho todo lo posible para con el difunto.

Las cogniciones familiares sobre la muerte o creencias y expectativas que el grupo familiar desarrolle, y que se expresarán en reacciones emocionales y comportamentales diferentes entre cada uno de los miembros de la familia. Las creencias dependerán a su vez de la tipología de la enfermedad en cuanto a la posible *estigmatización* o representación del carácter negativo de la enfermedad mortal, ya que el familiar, fundamentalmente el cuidador principal, acusará o vivirá el *apoyo social* de forma muy diferente. Es en estos momentos donde el entramado de amistades, relaciones, actividades sociales y los profesionales que hayan estado presentes durante la enfermedad del familiar son importantes a la hora de ofrecer el apoyo y orientación adecuada a la prevención de un duelo patológico.

TABLA I: Red social



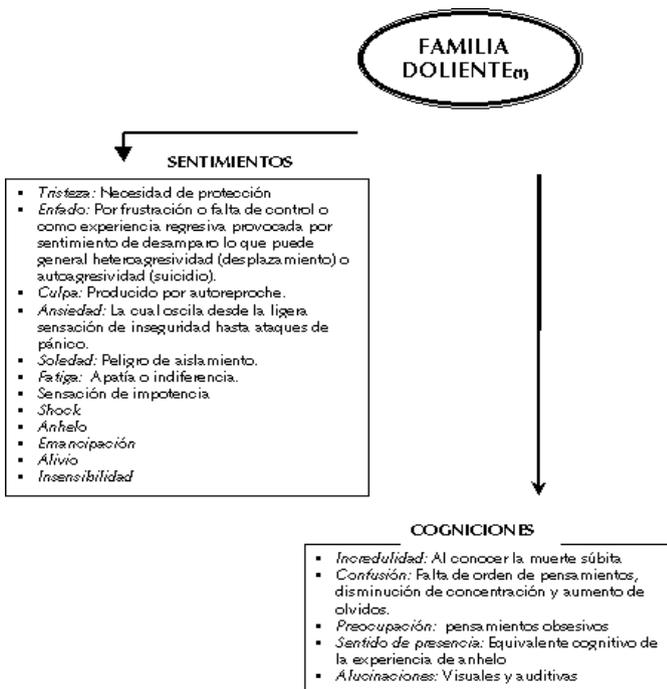
Así mismo, **la naturaleza del apego**, es decir, la fuerza o intensidad del apego determinará la ansiedad del duelo, así como la ambivalencia en la relación que se mantenía con el difunto, en la cual podían coexistir sentimientos negativos y positivos que pueden producir al familiar un intenso sentimiento de culpabilidad. También son importantes la historia de situaciones de conflicto que se podían mantener con el fallecido, la existencia de otras fuentes de estrés y de carga emocional en la familia o entre los miembros que la componen, de forma previa o simultánea al proceso de duelo.

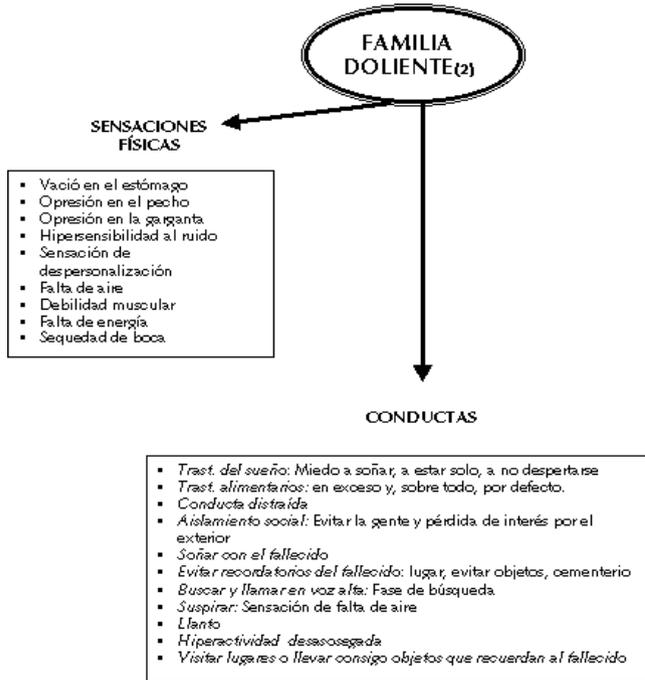
Friedman (1989) comenta que después de la muerte de un familiar se producen más cambios en la vida familiar (matrimonios, divorcios, embarazos, cambios de residencia, etc.) que en cualquier otro evento dentro del ciclo evolutivo de la familia⁵. El familiar puede tener un sentimiento de abandono o de escasa o excesiva participación en la atención y cuidado del enfermo en sus últimos momentos, lo que le puede llevar a desarrollar un sentimiento de culpabilidad o de quemamiento respectivamente. También influyen variables como: la edad del fallecido, la edad de los miembros supervivientes^{6, 7,}y

según el momento del ciclo evolutivo en el que se encuentre la familia como grupo,^{8,9}. La muerte de un miembro de la familia en un momento denominado centrífugo del desarrollo familiar como es la emancipación de un hijo, puede constituirse en un obstáculo dificultando o impidiendo la apertura de la familiar; o si la muerte se produce en un momento centrípeto como es la etapa de compromiso o crianza de los hijos, esta familia se cierra más sobre sí misma, pudiendo desarrollar en alguno de sus miembros un sentimiento de abandono o de no haber hecho lo suficiente. En ambas situaciones se produce una detención en el ciclo evolutivo familiar.

Dentro del marco de un duelo normal o no complicado, pueden darse los siguientes síntomas:

TABLA II: Reacciones en el duelo normal¹⁰





4. ¿ CUÁNDO SE CONSIDERA QUE UNA PÉRDIDA HA SIDO SUPERADA?

Un proceso de duelo ha sido resuelto correctamente cuando el familiar toma conciencia intelectual y emocional de la pérdida, tras pasar por las etapas anteriormente mencionadas y cuyo resultado es su elaboración que le permite que: 1) el recuerdo del familiar fallecido ya no provoque un efecto doloroso y se refiere a él sin llanto o sensación de opresión, y 2) cuando la persona es capaz de enfocar su carga afectiva sobre nuevos objetos o personas.

Generalmente, es difícil establecer un período de tiempo necesario para la superación de la pérdida de un familiar, pero se consi-

dera que el intervalo de uno a dos años es razonable como período de tiempo adecuado para elaborar el duelo. Una duración más extensa y/o la aparición de una serie de comportamientos pueden hacer que un profesional considere que se trata de un duelo patológico, tal y como se mencionará más adelante.

5. TRATAMIENTO

El establecimiento del carácter patológico es muy sutil, pero se suele considerar que un duelo se ha complicado cuando por la intensidad del sufrimiento la persona se siente desbordada y recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabadamente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución¹¹.

Hay que tener en cuenta que no existe un único tipo de duelo patológico, sino que se manifiesta de formas diversas tales como^{12,13,14} :

Duelo Crónico: El dolor parece extenderse de forma ilimitada. El doliente se detiene en la fase de anhelo y búsqueda ya que se basa en el conflicto de separación, el cual le impide completar las etapas del duelo satisfactoriamente. Es incapaz de rehacer su vida fuera de los recuerdos constantes que le atormentan. Esta consciencia de su problemática hace que acudan a buscar ayuda de profesionales de la psicología.

Duelo Congelado: Se constituye por la prolongación de la fase inicial de embotamiento afectivo, con dificultad para la expresión de otras emociones. Se caracteriza por la ausencia de consciencia de la problemática. Predominan las reacciones de inhibición negando sus sentimientos y volcándose en otras actividades. Constituye una forma obsesiva del duelo, evolucionando frecuentemente hacia las somatizaciones, que suelen aparecer en momentos de crisis.

Duelo Exagerado: Es una intensa reacción de duelo que constituye una vía de escape a la aflicción. Se puede manifestar a través de: depresión (hay autores que a los episodios depresivos mayores los encuadran dentro del duelo exagerado), ataques de pánico, conductas fóbicas, manías, alcoholismo...etc.

Duelo Retrasado: Se inhibe inicialmente y aparece más tarde, con motivo de otra pérdida a la que se responde de forma desmesurada.

Además de estos duelos existen otros que se pueden encuadrar como de tipo paranoide o reivindicativo, maníaco, depresivo, somatizador y obsesivo o con tendencia a los rituales (no culturales).

Aunque la familia en conjunto y cada uno de sus miembros de forma individual manifiesta de diferentes formas el proceso de duelo que está padeciendo, pueden presentarse una serie de reacciones que nos dirían que hay alguna anomalía dentro de dicho proceso, que hacen más referencia a la intensidad y duración del síntoma que a la presencia o no de dicha reacción concreta:

TABLA III: Síntomas de un duelo complicado

- | | |
|---|---|
| ▪ Depresión severa de más de 12-18 meses de duración. | ▪ Aislamiento prolongado |
| ▪ Embotamiento afectivo con negación de cualquier reacción emocional con respecto a la pérdida. | ▪ Incapacidad para llorar |
| ▪ Discurso sobre el fallecido como si aún estuviera vivo. | ▪ Necesidad persistente de tomar sedantes: abuso de alcohol o drogas |
| ▪ Furia e ira extremas y persistentes. | ▪ Problemas maritales (sobre todo tras la muerte de un hijo) |
| ▪ Identificación profunda con el fallecido, adquiriendo síntomas del mismo. | ▪ Problemas en el trabajo o en la escuela |
| ▪ Hiperactividad compulsiva sin sentimiento de pérdida. | ▪ Cuando el familiar parece no percibir el apoyo dado por los profesionales, amigos y comunidad |
| ▪ Persistencia de quejas somáticas: Cefaleas, mareos... | ▪ Cuando parece estar bien durante los primeros meses o durante el desarrollo inicial del duelo, y que después empeora sin causa aparente |
-

Durante la presentación del proceso de duelo no complicado se han mencionado dos reacciones en las que pueden desembocar los miembros de una familia, que son la ansiedad y la depresión, pero cabría aclarar que:

La persona con *ansiedad* (reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos) presenta una serie de características generales: como una reacción excesiva o desproporcionada en relación con la situación, que es involuntaria ya que no puede controlarla a pesar de sus repetidos intentos de lograrlo, reconociendo que su miedo o reacción es irracional. Esta conducta no es adaptativa y perturba el funcionamiento normal cotidiano del individuo, principalmente por sus conductas de evitación y por su preocupación y esfuerzos por ocultar el problema. Aquí se encuadrarían todas aquellas manifestaciones que anteriormente hemos mencionado en relación con el miedo a su propia muerte y sentimiento de soledad. El grado de perturbación de la vida del individuo varía según sea el mayor o menor nivel de cronicidad.

En cuanto a la *depresión* (trastorno afectivo hacia el polo de la tristeza y de los sentimientos negativos) los factores de intensidad y duración son esenciales para su adecuada categorización: 1) **Estado de ánimo triste o decaimiento** de energía y vitalidad, sentimientos de minusvalía personal, 2) **Síndrome depresivo** que une a lo anterior todo un cortejo de trastornos neurovegetativos (insomnio, anorexia, cefaleas, etc.) y 3) **Enfermedad depresiva**, en sus modalidades de psicosis (delirio de ruina, suicidio, etc.). En relación con el duelo, hay autores que consideran a la depresión como una forma patológica de duelo, y otros, que ésta puede servir como defensa frente al duelo (si el enfado se dirige hacia uno mismo evita que el familiar superviviente se enfrente a sentimientos ambivalentes hacia el fallecido). Se puede decir por lo general que la depresión y el duelo comparten

manifestaciones como los trastornos del sueño, apetito y la presencia de una intensa tristeza, pero se diferencian entre sí porque que en el duelo no hay una pérdida de la autoestima, el sentimiento de culpa no es general, sino que se centra en algún aspecto concreto de la pérdida y el mundo parece pobre y vacío mientras que en la depresión la persona se siente pobre y vacía. (Freud)¹⁵

Para terminar, es interesante recordar que según los resultados de diversos estudios la pérdida de un familiar o persona muy allegada y la presencia de enfermedades, pérdida del propio cuerpo, son las dos causas más significativas para la existencia de un alto riesgo de suicidio ¹⁶.

TABLA IV: Pérdidas de importancia

▪ Fallecimiento del cónyuge	▪ Separación	▪ Divorcio
▪ Fallecimiento de algún familiar próximo	▪ Encarcelamiento	▪ Irritaciones por el trabajo
▪ Jubilación	▪ Algún cambio importante en la salud o en la conducta de algún miembro de la familia	▪ Modificaciones importantes en el negocio
▪ Problemas sexuales)	▪ Incorporación a la familia de un nuevo miembro	▪ Cambio en la situación económica
▪ Fallecimiento de un amigo íntimo	▪ Discusiones con el cónyuge (aumento)	

Por lo tanto, es observar si los dolientes pueden hallarse en situación de riesgo de suicidio, por lo que se deben detectar cuanto antes los signos de ideación suicida¹⁷.

Cuando una persona está en pleno proceso de duelo, lo fundamental es dirigir nuestra acción a que alcance estos objetivos específicos¹⁸:

a) Aceptar de que la pérdida es real. Debido a que una reacción muy común es la negación del hecho es interesante que los deudos participen en los rituales tradicionales y funeral, que les ayudarán a

la confirmación de la pérdida. Como ya se puntualizó al comienzo siempre se produce una sensación de que no es verdad, lo que genera en el superviviente una conducta de búsqueda del miembro fallecido que le puede llevar a no aceptar que el reencuentro es imposible, llegando a un total engaño. Esto no es infrecuente a corto plazo en una primera etapa, pero sí puede llegar a ser significativo si perdura durante años. También puede ocurrir que nieguen el significado de la pérdida, esto es, que practique el olvido minimizandola, rechazando la irreversibilidad de la muerte, al no “permitir” el fallecimiento de su familiar. Esto puede ser normal en las dos o tres primeras semanas, pero el problema radicaría en la esperanza constante, crónica. Con todo, el objetivo que se ha de buscar es la aceptación intelectual y emocional.

b) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Frecuentemente los dolientes manifiestan no ser capaces de sentir y experimentan un bloqueo, evitando pensamientos dolorosos, a la vez que idealizan al familiar fallecido.

c) Adaptarse a un nuevo ambiente donde el fallecido está ausente . La cuestión a abordar es que el superviviente ha de saber asimilar qué actividades y lugares compartidos ahora no son cubiertos por el difunto, y se dará cuenta de los roles que éste desempeñaba y que ahora tendrá que ocupar, lo que puede generar un intenso sentimiento de abandono y resentimiento para con el difunto. Además le planteará un cuestionamiento sobre sí mismo, sus capacidades y sus valores vitales. Si esto no es bien elaborado el superviviente puede llegar al aislamiento, a caer en la autoinfravaloración y no será capaz de asumir nuevos roles, necesarios de abordar para seguir adelante lo cual le reforzará negativamente.

d) Ser capaz de seguir adelante con la vida cotidiana, lo que no supone olvidar al difunto, sino encontrar un lugar adecuado para él, y recordarlo de forma que no entorpezca a la hora de establecer nuevas relaciones .

Para ayudar a hacer realidad estos aspectos se empleará la técnica de confrontamiento con la realidad (apto para el abordaje de pensamientos irracionales de culpabilidad), el psicodrama en terapia de grupo, la reestructuración cognitiva (muy interesante en el abordaje de la ansiedad o el sentimiento de no verse capaz de seguir viviendo solo), además de la técnica de solución de problemas (para la adaptación a la nueva situación y a los nuevos roles), entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la toma de decisiones.

Otras estrategias que suelen ser muy útiles también con el familiar son el empleo de un lenguaje evocador, uso de fotos, objetos personales y ropa del difunto, escritura de cartas al mismo o un diario sobre el duelo y dibujar (especialmente en niños).

Para terminar es interesante recordar que el duelo no se inicia cuando ha fallecido el enfermo terminal, sino desde el momento en que se le diagnostica su padecimiento y a lo largo, de las fases más avanzadas de la enfermedad (que son las más invalidantes y sintomatológicamente más impactantes). Desde un punto de vista general sería interesante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Abordar cuestiones como los sentimientos de culpabilidad, real o irreal, la ansiedad y el sentimiento de impotencia. Para ello, el profesional procurará ayudar al doliente a la aceptación de la pérdida real cuestionándose sobre ella, “¿cómo ocurrió?, ¿quién te lo dijo?” y apoyándole para intentar mantener algunas actividades rituales después de la muerte, por ejemplo el arreglo del funeral y recibir las condolencias... que le ayudarán a afrontar la realidad del fallecimiento..
- Evitar sedar a la persona en exceso, ya que una persona sedada en el funeral puede incluso no recordar luego el hecho, lo que puede dificultar la recuperación posterior.

- Evitar los planteamientos simplistas como: “por lo menos tiene otro hijo”, “ha sido voluntad divina”, etc. Esos comentarios están orientados a tranquilizar al emisor de las frases, facilitándole el salir del paso, pero no al familiar superviviente.
- A veces un silencio respetuoso acompañado de un “lo están pasando mal y es lógico” informará a los familiares de que entendemos y compartimos su sufrimiento, lo que reforzará la percepción de no estar solos.
- En relación a las expresiones de resentimiento con respecto al trato asistencial recibido, es bueno permitir que sean expresadas de forma libre, pero evitando el ataque a otros equipos.
- Indagar sobre cómo ha quedado la situación financiera, pues si es mala puede ser un problema sobreañadido.
- Explicar a la familia que un duelo normal tarda hasta un año en resolverse y en qué consiste con el fin de evitar pensamientos similares a creer estar volviéndose locos.
- Observar el estado de salud de la viuda o del viudo por el alto riesgo de enfermedad en los primeros meses.
- Si el fallecido es un hijo, evitar que se tome rápidamente la decisión de tener otro que sustituya al fallecido. Y si tienen más, cuidar su relación con los hij@s supervivientes.
- Intentar detectar cuanto antes la existencia o no de ideación suicida y ayudarle a identificar y expresar sentimientos.
- Procurar asesorar sobre la necesidad de desarrollar de forma adaptada nuevas relaciones y sobre lo relativo a las relaciones sexuales debido a la posibilidad de la aparición de pensamientos de deshonra o de que el difunto sea insustituible.

- Informar sobre las reacciones del duelo normal para que el doliente pueda interpretar las conductas normales sin pensar que se está volviendo loco.
- Orientar a la familia para que comprendan las diferencias individuales existentes entre los distintos miembros, con los estilos de afrontamiento propios de cada familiar (que puedan desembocar en conductas desadaptativas, por ejemplo, en el abuso de drogas.)
- Entrenarse en el manejo correcto de la comunicación tanto verbal como no verbal para establecer contacto con el familiar superviviente y poder constituirse en puente para la expresión de sus sentimientos es fundamental y como relación de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astudillo, W. y Mendinueta, C. *Los cuidados paliativos y la solidaridad*. En: *La Solidaridad en la enfermedad terminal*. La Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 1997. 19-39
2. Rosa, J. *Necesidad del enfermo en fase terminal*. En: *II Curso de Cuidados Paliativos para personal sanitario*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.1995. 7-14

3. Irastorza, M. *Apoyo emocional en el enfermo terminal*. En: *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 1999. 65-76
4. Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo. 1994,.59-201
5. Beyebach, M. *Enfermedad terminal, muerte y familia*. En: Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar. Escuela Universitaria de Ciencias de la Familia. 1995, 11.
6. Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo. 1994,.203-232
7. Worden, W.J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997. 161-179
8. Beyebach, M. *Enfermedad terminal, muerte y familia*. En: Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar. Escuela Universitaria de Ciencias de la Familia. Núm. 11.Mayo de 1995. 66
9. Combrick-Graham,L. *A developmental model for family systems*. Family Process,1985, 24,139-150
10. Worden, W.J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997. 41-61
11. Horowitz. *Pathological grief and the activation of latent self images*. American Journal of Psychiatry, 137, 1157-1162.
12. Sada Goñi, F.J.; Martínez Mazo, Mª D y cols. *Manejo del duelo en atención primaria*. En: *Biblioteca Básica para el médico de atención primaria*. Dupont Pharma. 1997. 77-78
13. DSM-IV Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. American Psychiatric Association.. Barcelona: Masson, 1995
14. Worden, W.J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997. 103-109

15. Worden, W.J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997. .53-54
16. Holmes, T. *Inventario de experiencias recientes*
17. Lester y Lester: *Suicide : The gamble with death*
18. Worden, W.J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1997. . 28

