



Duelo

José Manuel Calvo, Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Unidad de Salud Mental, Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCIÓN

El duelo no es una enfermedad, es un proceso que hace parte del desarrollo y tiene una función adaptativa. La experiencia de perder a un ser querido a través de la muerte es un evento inevitable en el contexto vital; la frecuencia de tales pérdidas incrementa en la medida en que el individuo envejece.

Si bien el duelo tiene ciertas características universales, independientes de la causa de muerte, las circunstancias que rodean la enfermedad o el accidente matizan la experiencia de la pérdida.

Existen muchos mitos con relación al duelo y a la frecuencia con que los individuos "mueren de pena moral". La mortalidad real, con base en estudios bien controlados, parece menor que la referida previamente.

La variedad de comportamientos durante el duelo es amplia. A pesar de numerosos estudios, es difícil encontrar datos válidos con respecto a la historia natural del comportamiento durante el período de duelo. La información normativa también es difícil de evaluar. Esta situación es explicada, en parte, por la enorme multiplicidad de antecedentes determinantes que probablemente tienen relación con el curso y resultado del fenómeno del duelo. La naturaleza altamente subjetiva de algunos de estos fenómenos y la influencia que sufren por los elementos residuales del duelo,

hacen que se presenten una serie de problemas metodológicos importantes.

DEFINICIÓN

La proliferación de términos empleados en la literatura para la descripción del fenómeno psicológico y social que se da en respuesta a la pérdida de un ser querido, ha generado confusión y dificultado la comprensión y análisis del mismo. Por lo tanto, es necesario hacer claridad en los términos y definiciones de los diferentes elementos del proceso del duelo (1-3):

Pérdida (bereavement): hace referencia a la pérdida a través de la muerte de un ser con el que existe una unión emocional.

Doliente (bereaved): es la persona que ha sufrido una pérdida.

Duelo (grief): es un síndrome clínico caracterizado por la respuesta fisiológica, psicológica y conductual ante la pérdida.

Trabajo de duelo (grief work): es un proceso intrapsíquico complejo que comprende el retiro de la unión emocional y la elaboración del dolor por la pérdida.

Luto (mourning): es la expresión social de los comportamientos y prácticas asociadas al duelo.

Duelo anticipatorio (anticipatory grief): hace referencia al duelo

efectuado con anterioridad a la propia muerte o la de alguien cercano.

FACTORES DETERMINANTES DEL DUELO

Muchos factores diferentes al "quién" y "cuándo", han sido implicados en la determinación de la naturaleza y resolución de las respuestas durante el duelo. Entre los principales factores que tienen relación con el curso y resultado del duelo, se encuentran:

1. Estado biológico: el estado de los sistemas biológicos y el efecto de la pérdida sobre éstos, parecen tener influencia directa sobre el resultado del duelo. La sintomatología del duelo sugiere que existe un compromiso de los sistemas nervioso autónomo, cardiovascular, endocrino, inmune y respiratorio. Algunos autores consideran al duelo y la depresión como un continuum neurobiológico (1-5).

2. Características de personalidad: la personalidad pre-existente del sujeto en duelo tiene relevancia obvia sobre lo que experimenta durante el duelo. En general, entre más maduras sean las estrategias de enfrentamiento existentes, mayor es la probabilidad de que los individuos elaboren en forma efectiva el duelo. Ramsay, concluye, con base en su experiencia, que existe una mayor probabilidad de complicarse el duelo entre las personas que tienden a evitar la confrontación y siempre intentan evadir las situaciones difíciles (1-4, 6,7).

3. Relaciones interpersonales: el grado y la calidad de la unión entre los dolientes y la persona perdida, están estrechamente relacionados con el curso de los eventos posteriores a la pérdida. Entre más impersonal sea la relación, menor es la probabilidad de que el doliente manifieste pesar por la pérdida. Entre más ambigua o dependiente sea la relación, mayor es la probabilidad de que se presenten dificultades en la elaboración del duelo (1,4,8-11).

4. Rol y status social: las relaciones de parentesco, conyugal, generacional y ordinal, con respecto al resultado del duelo han sido estudiadas profusamente. Las pérdidas resultantes de la muerte de los cónyuges, los padres y los hijos, en particular, han sido el objeto de abundantes investigaciones. Sin embargo, la historia natural del período del duelo, incluso en estos casos, ha sido estudiada únicamente en términos globales. Helsing y Saklo, encontraron que los viudos presentan una mayor mortalidad después de la pérdida, especialmente aquellos cuya edad se encuentra entre los 55 y 74 años. Epstein, reportó que el riesgo de morir para los viudos(as) en cualquier grupo etario, es dos veces mayor de lo esperado para la edad. Otros estudios han encontrado que la pérdida de hijos pequeños conduce a una gran disrupción familiar durante el período posterior a la pérdida (1,3,4,6,8,11-13).

5. Causa de muerte: las pérdidas producidas por eventos no naturales, accidentales o voluntarios, tienden a complicar el proceso de duelo. Estudios bien controlados muestran que los dolientes de las personas que sufren una muerte no natural experimentan una morbilidad aumentada durante los dos años posteriores a la pérdida, y algunos estudios han encontrado este incremento durante períodos de hasta ocho años, posterior a la pérdida (1,4,6,7,14,15).

6. Estado del desarrollo: el estado de

madurez del doliente juega un papel importante en la determinación de la naturaleza del duelo (1,3,6,9,12,16-18).

7. Sistemas de apoyo: cuando el doliente percibe una red de apoyo social que aumenta su autoestima y existen relaciones interpersonales positivas, se incrementa la probabilidad de efectuar un manejo adecuado del proceso de duelo (1-4,6,8,19,20).

En resumen, existen varios factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que el duelo se haga patológico o complicado:

1. Muerte súbita o inesperada.
2. Muerte no natural, accidental o voluntaria.
3. La persona perdida es menor de 20 años o es un hijo.
4. El doliente siente que de alguna forma es responsable de la muerte del ser querido o que las circunstancias que rodearon la pérdida son causa para que los otros lo culpen por la misma.
5. El doliente está físicamente incapacitado o presenta una enfermedad física o psiquiátrica.
6. El doliente tiene pérdidas previas no resueltas.
7. El doliente tiene "sobrecarga de duelos" por otras pérdidas.
8. La relación, previa a la muerte, entre el doliente y la persona perdida fue claramente patológica.
9. Cuando la persona perdida es el cónyuge, el doliente es de sexo masculino y se encuentra en el grupo etario entre 55 y 74 años.
10. El doliente percibe la red de apoyo social como pobre y sus estrategias de enfrentamiento ante el estrés son deficientes o están minadas por múltiples factores estresantes.

FENOMENOLOGÍA DEL DUELO

La reacción ante la pérdida comprende una serie de alteraciones que se dan en diferentes niveles como: el estado

afectivo del doliente, las estrategias de enfrentamiento, las relaciones interpersonales, el funcionamiento biopsicosocial, la autoestima y la visión que se tiene del mundo.

La reacción normal ante la pérdida es, con frecuencia, un síndrome depresivo típico, caracterizado por manifestaciones tales como: afecto depresivo, pérdida del apetito, pérdida de peso e insomnio. Sin embargo, son menos frecuentes los déficit funcionales prolongados y acusados, la mórbida preocupación de que nada vale la pena y la inhibición psicomotora llamativa, todo ello sugiriendo que el duelo se ha complicado por el desarrollo de una depresión mayor (1,4,21).

En el duelo normal, cuando están presentes los sentimientos o ideas de culpa, suelen centrarse en lo que el superviviente podía haber hecho o en lo que no hizo en el momento de la muerte del ser querido; las ideas de muerte se limitan por lo general a pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida, o de desaparecer junto con ella. El sujeto con duelo no complicado generalmente considera sus sentimientos depresivos como "normales", aunque acuda en busca de ayuda profesional para librarse de los síntomas asociados, como el insomnio y la anorexia. La reacción ante la pérdida puede no ser inmediata, pero rara vez se da tras los primeros dos o tres meses. La duración del duelo "normal" varía considerablemente entre diferentes grupos culturales" (1,2,4,8,21,22).

Las etapas del duelo han sido profusamente descritas por muchos autores. La mayoría coincide en describir tres etapas:

1. Período inicial de shock, negación y descrédito, que se presenta como reacción a la noticia de la muerte del ser querido. El rango de emociones

generado por esta noticia, varía entre el estoicismo hasta la agitación psicomotora. Las respuestas patológicas ocurren con poca frecuencia y generalmente son transitorias. Sin embargo, pueden presentarse ciertas reacciones extremas que requieren una intervención inmediata orientada a proporcionar confort y seguridad (1,2,4,8).

2. Período intermedio de malestar somático y emocional, acompañado de retraimiento social. En esta etapa, el doliente presenta oleadas de malestar agudo que suceden varias veces al día y duran varios minutos, principalmente en los primeros días del duelo. Estas oleadas de malestar son generadas por los recuerdos de la persona fallecida y están caracterizadas por agitación, llanto, actividad sin un objetivo específico, preocupación con imágenes de la persona fallecida, suspiros y sensación de debilidad muscular. El doliente empieza a evitar desesperadamente los estímulos que pudieran precipitar una oleada de malestar agudo (1,2,5,6).

Los episodios de malestar agudo están superpuestos a un trastorno constante de fondo, el cual está caracterizado por cambios comportamentales dados por retraimiento social, reducción en la capacidad de concentración, inquietud, ansiedad, alteración en el apetito y estado de ánimo depresivo; además de sueños, ilusiones e incluso alucinaciones visuales o auditivas cuyos contenidos giran alrededor de la persona fallecida. A nivel fisiológico, se presenta pérdida de peso, trastorno del sueño, debilidad y cambios en los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico, desarrollados concomitantemente con los cambios comportamentales. Son típicas las preocupaciones con los eventos que rodearon la muerte, la búsqueda de posibles errores cometidos o los sentimientos de culpa por no haber

hecho lo suficiente. El doliente se siente distante de los otros; su respuesta emocional ante los demás se reduce considerablemente y puede expresar rabia y envidia de ver juntos a los otros. Este período de desorganización aguda, con frecuencia es estructurado socialmente mediante los rituales del luto como recibir a familiares y amigos, y la preparación del funeral y el entierro. Rara vez, el doliente es dejado solo y la sensación de embotamiento puede persistir cuando la persona asiste en forma mecánica al funeral y actividades asociadas. Las familias que eligen renunciar a cualquier tipo de ritual, algunas veces sufren más debido a que la actividad normal es emocionalmente imposible, y la ausencia de rituales sociales, como el funeral, pueden sumarse a la sensación de irrealidad y descrédito de lo que ha sucedido. Los rituales sirven para reforzar la realidad de la pérdida y reducen la sensación de irrealidad que alienta la esperanza de retorno de la persona perdida (1,2,4).

Algunos estudios han mostrado que si el doliente presenta durante esta fase una reacción muy intensa de malestar somático con marcados síntomas depresivos, es muy probable que más adelante (en promedio, un año), el proceso de duelo se complique con una depresión mayor (4,6,7,10,11,17).

La duración de este período es muy variable. Algunos autores han informado una duración promedio de seis semanas. Es así como la mayoría de dolientes empiezan a regresar a algún nivel de funcionamiento por esa época. Sin embargo, puede ser más prolongado en ciertos casos, como los padres que pierden a un hijo, o la viuda que era extremadamente dependiente de su esposo (1,5,6,9,11,12,18).

Los dolientes buscarán ayuda si aparece una respuesta anormal durante este período. Los motivos de consulta pueden ser debidos a una respuesta psicológica

complicada, síntomas psiquiátricos o secuelas físicas adversas. Los síntomas fisiológicos pueden convertirse en motivo de alarma, como en el caso de pérdida de peso importante, agitación o insomnio, lo cual ocasiona fatiga crónica. La medicación para restablecer los patrones de sueño puede ser de importancia. Si existen altos niveles de ansiedad, irritabilidad y agitación, durante el día, una dosis baja de una benzodicepina (ej. alprazolam 0.25 mg, tres veces al día), puede permitir el descanso. Siempre y cuando la medicación se administre en forma racional y por tiempo limitado, ésta facilitará el proceso de duelo (1,2,4).

3. Período final de resolución: posterior al período intermedio y durante los meses siguientes, se da la fase de adaptación a la situación de la pérdida, cuando la realidad de la muerte es gradualmente aceptada. En esta etapa, el doliente reconoce el tamaño de la pérdida y se da cuenta que el proceso de duelo ha sido llevado a cabo. El foco de atención se dirige a otras situaciones vitales diferentes a la persona perdida. El doliente reconoce que puede regresar al trabajo, reasumir los viejos roles, adquirir unos nuevos, experimentar placer y buscar compañía y amor (1,2,8).

Durante los primeros doce meses los síntomas del duelo semejan una depresión, y, de hecho, puede ser imposible diferenciarlos en forma inmediata. Clayton encontró que los síntomas cardinales durante el primer año posterior a la pérdida son el afecto depresivo, el llanto y los trastornos del sueño. La depresión fue un problema para el 45% de los dolientes, en algún momento durante el primer año, y el 13% aún continuaban deprimidos al final de éste. Eventualmente, el doliente entra en una fase de reorganización caracterizada por disminución en los síntomas, abandono de los viejos roles, y evocación, sin tristeza, de los

recuerdos de la persona fallecida. La resolución y disponibilidad para reinvertir en nuevas relaciones, marcan la recuperación. Sin embargo, éste término, no debería implicar un completo retorno al estado emocional previo a la pérdida (1-4).

La duración total del duelo ha sido tema de muchas discusiones. En general, puede decirse que el duelo debería estar resuelto un año después de la pérdida. La mayoría de personas guardan luto durante un año y al final de éste, con frecuencia, se realiza la misa de primer aniversario que a su vez sirve de encuentro para familiares y amigos de la persona fallecida. Estos rituales ponen punto final al período de luto formal. Mientras que la mayoría de los dolientes están funcionando y han retornado a la normalidad por esta época, algunos aún no lo han hecho. Esto es observado con relativa frecuencia en padres que no se han recuperado completamente de la pérdida de un hijo o en algunos cónyuges (1-4,22).

Las anteriores etapas son una guía general que describe un proceso dinámico en donde las etapas pueden superponerse parcialmente, variando de acuerdo al doliente, y que en términos generales corresponden al duelo normal o no complicado. Cuando se presenta una ausencia, retardo, intensificación o prolongación de las manifestaciones correspondientes al duelo normal, se dice que el duelo se ha complicado (**duelo patológico, atípico, mórbido o no resuelto**). Los estudios han encontrado que aproximadamente el 20% de los dolientes (las cifras varían entre 10 y 36%), desarrollarán un trastorno psiquiátrico, principalmente de tipo depresivo, especialmente entre aquellos dolientes que tienen uno o más de los factores de riesgo ya mencionados (1,2,4,6,10,11,17).

La cuarta edición del "Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM IV) intenta diferenciar la reacción de duelo normal del trastorno depresivo mayor. De acuerdo al DSM IV, si los síntomas de un episodio depresivo mayor se inician durante los dos meses siguientes a la pérdida y no persisten más allá de estos dos meses, son considerados como el resultado de la pérdida a menos que estén asociados con un marcado deterioro funcional o incluyan ideación suicida, síntomas psicóticos, marcado retardo psicomotor o una preocupación mórbida por la sensación de inutilidad. Los síntomas depresivos asociados al duelo son relativamente transitorios comparados con los de un episodio depresivo mayor. En la mayoría de los casos son autolimitados, no requieren tratamiento activo y no están asociados con deterioro psicosocial prolongado o reducción en la calidad de vida. Sin embargo, el clínico debe reconocer que los episodios depresivos merecen una evaluación clínica y una atención cuidadosa aún en el contexto del duelo (2,21).

CONSECUENCIAS DEL DUELO SOBRE LA SALUD

Durante mucho tiempo se ha asumido que la pérdida predispone a los individuos a sufrir una exacerbación de las enfermedades preexistentes y aumenta el riesgo de muerte. Sin embargo, una serie de estudios bien controlados que han examinado en forma prospectiva las consecuencias de la pérdida sobre la salud, han encontrado una menor relación entre la pérdida, el incremento en la mortalidad y la exacerbación de una enfermedad preexistente (1-4).

El modelo psicobiológico del duelo propuesto por Hofer, es de interés para considerar los efectos sobre la salud. Las consecuencias fisiológicas del duelo comprenden los efectos sobre los sistemas cardiovascular, endocrino e

inmunológico. El concepto de la interrupción de una relación que ocasiona una alteración de la homeostasis biológica y, por lo tanto, mayor vulnerabilidad a las enfermedades (particularmente a través de los sistemas endocrino e inmunológico), es intrigante a la luz de la morbilidad asociada con el duelo (1-4).

Los estudios realizados por Hofer, en padres de niños con leucemia, durante el período terminal y la muerte, mostraron que la efectividad de las defensas psicológicas modularon el nivel de cortisol. Estos niveles se relacionaron estrechamente con el grado de duelo activo, a los seis meses y dos años, posterior a la pérdida (1,3).

Bartrop estudió la respuesta de los linfocitos a la estimulación con fitohemaglutinina y concanavalina A, en viudos y viudas, así como en controles sanos apareados por edad. La respuesta linfocítica a los mitógenos fue significativamente menor a los dos meses después de la pérdida. Schleifer examinó la respuesta mitogénica en hombres, antes y después de la muerte de sus cónyuges por cáncer de seno. La respuesta linfocítica disminuida fue observada únicamente en el período de la pérdida y fue aparente durante un mes. Sin embargo, es importante notar que en ninguno de los estudios, las alteraciones alcanzaron niveles consistentes con inmunosupresión clínica (1,3,4,5).

Irwin, Daniels, y Weiner examinaron los síntomas por la pérdida, los síntomas depresivos, la actividad de las células T ansinas naturales (NK) y otras subpoblaciones de células T, en tres grupos de mujeres: unas que anticiparon la muerte de sus cónyuges por cáncer pulmonar; otras en proceso de duelo por la pérdida y un tercer grupo control. La actividad de los NK fue significativamente menor en el grupo que anticipaba la pérdida y en aquellas

estudiadas después de la pérdida. La severidad de los síntomas depresivos se correlacionó con la actividad NK reducida y con los cambios en la proporción de la células T helper - T supresoras, sugiriendo que el papel de los síntomas depresivos puede ser más importante que la pérdida *per se*. El cortisol, aumentado únicamente durante la pérdida, podría no ser el único responsable de los cambios (1,4,5).

Los interrogantes, con respecto al significado clínico de los cambios en la función inmune en relación con una vulnerabilidad aumentada a la enfermedad, aún persisten.

Las consecuencias de la pérdida sobre la salud de los dolientes, pueden ser resumidas en las siguientes áreas (1-4,6,10,11):

1. Incremento en el malestar psicológico.
2. Incremento en los síntomas físicos.
3. Incremento en la utilización de los servicios de salud.
4. Incremento en la dependencia de automediación para el malestar (evidenciado por el incremento en el consumo de nicotina, alcohol y sustancias).
5. Pobre resultado en el 20% de los dolientes, la mayoría identificables mediante los factores de riesgo.

Los estudios de mortalidad realizados con viudos y viudas, han mostrado que no existe una mortalidad aumentada durante el primer año posterior a la pérdida, pero existe una mayor mortalidad, para ambos sexos, entre aquellos que viven solos o han sido trasladados a ancianatos. Cuando se compara la mortalidad entre hombres y mujeres que han enviudado, se observa que las mujeres no tienen una mayor mortalidad (indiferente de si se han vuelto a casar o no), mientras que los hombres, en el grupo etario de 55 a 74 años, muestran una mortalidad

aumentada, pero con la particularidad de que si se han vuelto a casar, el riesgo de morir vuelve al mismo nivel de sus contrapartes casados (1,2,4).

En resumen, la mortalidad asociada con la pérdida, aumenta en los hombres viudos que tienen una edad entre los 55 y 74 años, y se reduce cuando estos hombres contraen matrimonio nuevamente. Igualmente, la mortalidad aumenta cuando los viudos o viudas viven solos o son trasladados a un ancianato.

En cuanto a las causas de muerte entre los dolientes, la mayoría de estudios también se han efectuado entre las personas que han perdido a su cónyuge comparándolas con personas de la misma edad y casadas. Se ha encontrado una mayor mortalidad entre los viudos(as), pero ésta es notoriamente inespecífica en cuanto a su causa. Varias enfermedades son individualmente significativas como causa de muerte, pero representan únicamente una pequeña proporción del exceso total: enfermedades infecciosas, accidentes y suicidio en hombres y cirrosis en las mujeres. Por otra parte, los viudos(as) con enfermedades crónicas no muestran una mortalidad temprana después de la pérdida. Además, no existe una mayor proporción de cáncer, como causa de muerte, en estos grupos comparados con los controles (1-4,6,10,11,13,17).

PÉRDIDAS DURANTE LA INFANCIA

La pérdida de un padre o un hermano, es una de las situaciones más dolorosas para un niño. La edad del niño en el momento de la pérdida es de gran importancia, ya que la edad determina el entendimiento de la muerte. Antes de la edad de tres años, la muerte es vista como un proceso reversible. De los cinco a los nueve años, el niño percibe el carácter definitivo de la muerte, pero la apreciación de la misma se efectúa

en términos de una separación. Después de la edad de nueve a diez años, se observa un entendimiento más maduro de la muerte, así como el carácter biológico definitivo de la misma. La presencia de un padre o hermano enfermo, producto de una enfermedad crónica, con un deterioro físico evidente, pueden acelerar el proceso de concientización de la muerte como la cesación de la vida (1-4).

Los síntomas del duelo en los niños son variables. Sin embargo, las manifestaciones más frecuente son tristeza, sensación de vulnerabilidad e inseguridad, culpa, rabia, desorganización y ansiedad, así como problemas disciplinarios y comportamentales. Las observaciones longitudinales indican que un número significativo de niños tienen síntomas maladaptativos, que continúan durante varios años e interfieren con el rendimiento académico y social (1-4,8,12,16).

Los efectos a largo plazo de una pérdida durante la infancia, son poco conocidos. Sin embargo, el riesgo de suicidio y de presentar un trastorno depresivo en la adultez es mayor entre las personas que han tenido una pérdida parental temprana. No se ha establecido un vínculo con el trastorno bipolar (1,2,4).

INTERVENCIONES

Es importante reconocer que la mayoría de dolientes se recuperan de su pérdida sin ninguna asistencia profesional. Es probable que la mayoría de estas personas rechacen una aproximación profesional para brindarles consejería y apoyo, además que, probablemente no la necesiten. Los familiares, amigos y líderes espirituales, brindan un apoyo adecuado en estos casos. Cuando se intente realizar una intervención, deberá estar dirigida a las personas que tengan factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado o que presenten

manifestaciones clínicas del mismo. Existen dos modalidades de intervención que se complementan: fármaco y psicoterapia.

PSICOTERAPIA

Los dolientes que presenten ansiedad y depresión persistentes, síntomas más comunes en el duelo complicado, deberán ser referidos para evaluación y tratamiento. Con frecuencia, estas personas responden a la psicoterapia breve (seis a ocho sesiones), cuyos principales objetivos son (1,2,4,8,9):

1. Promover la expresión de sentimientos, el recuento de los detalles de la experiencia y la integración entre la relación existente con la persona perdida y el presente.
2. Efectuar una evaluación de las estra-

tegias de enfrentamiento disponibles para el manejo de los sentimientos dolorosos.

3. Alentar el funcionamiento adaptativo en sus diversos aspectos (ocupacional, social, interpersonal, etc.).
4. Mejorar la alteración en las relaciones.
5. Alcanzar una nueva óptica del mundo personal.

Algunas veces, la terapia de familia es la mejor aproximación, la cual incluye a todos los dolientes de la familia que puedan ser receptivos a este abordaje promoviendo la comunicación entre ellos (1,4,19,20). Sin embargo, los individuos en alto riesgo pueden requerir una intervención psicoterapéutica más prolongada, que no

siempre es exitosa. En algunos casos es necesaria la hospitalización para el tratamiento de una depresión severa o un intento de suicidio.

PSICOFARMACOLOGÍA

Siempre que sea posible, la medicación debe ser empleada en forma combinada con la psicoterapia y por un tiempo limitado. Los ansiolíticos, en especial las benzodiazepinas, son empleados frecuentemente durante las primeras semanas del duelo para manejar el insomnio. La utilización racional de una sedación leve para reducir los síntomas intolerables de ansiedad, hace más fácil el proceso de elaboración de duelo (1,2,4).

Cuando el duelo se complica con una depresión mayor, deberá manejarse como tal, desde el punto de vista psicofarmacológico (1,2,4,23).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Zisook S.** Grief and Bereavement. *Psychiatric Clin NA* 1987; 10.
2. **Zisook S.** Death, Dying and Bereavement. En: **Kaplan H, Sadock B, eds.** Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6a. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995: 1713-1729.
3. **Chochinov H, Holland J.** Bereavement: A special issue in oncology. En: **Holland J, Rowland J, eds.** Handbook of Psychooncology. New York: Oxford University Press; 1990: 612-627.
4. **Jacobs S.** Pathologic grief. Maladaptation to loss. Washington DC: Psychiatric Press Inc; 1993.
5. **Daruna J, Morgan J.** Psychosocial effects on immune function: Neuroendocrine pathways. *Psychosomatics* 1990; 31: 4-12.
6. **Vargas L, Loya F, Hodde-Vargas J.** Exploring the multidimensional aspects of grief reactions. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1484-1488.
7. **Cui X, Vaillant G.** Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 21-26.
8. **Stedeford A.** Facing Death, patients, families and professionals. Oxford: Heinemann Medical Books; 1988.
9. **Sherr L.** Agonía, muerte y duelo. México DF: Manual Moderno; 1992.
10. **Bruce M, Kim K, Leaf P, Jacobs S.** Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 608-611.
11. **Nuss W, Zubenko G.** Correlates of persistent depressive symptoms in widows. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 346-351.
12. **Fristad M, Jedel R, Weller R, Weller E.** Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 511-513.
13. **Prigerson H, Frank E, Kasl S, Reynolds C, Anderson B, Zubenko G, Houck P, George C, Kupfer D.** Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 22-32.
14. **Ness D, Pfeffer C.** Sequelas of bereavement resulting from suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 279-285.
15. **Ryneerson E, Mc Creery J.** Bereavement after homicide. A synergism of trauma and loss. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 258-261.
16. **Weller R, Weller E, Fristad M, Bowes J.** Depression in recently bereaved prepuberal children. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1536-1540.
17. **Zisook S, Shuchter S.** Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1346-1352.
18. **Goldman A.** Care of the dying child. New York: Oxford University Press Inc; 1994.
19. **Kissane D, Bloch S, Dowe D, Snyder R, Onghina P, Mc Kenzie D, Wallace C.** The Melbourne family grief study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 650-658.
20. **Kissane D, Bloch S, Onghena P, Mc Kenzie D, Snyder R, Dowe D.** The Melbourne family grief study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 659-666.
21. American Psychiatric Association. DSM IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4a. Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
22. **Thomas L.** Antropología de la muerte. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
23. **Calvo JM.** Terapéutica farmacológica de los trastornos depresivos. En: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, AEXMUN - 2001(FCMD), Ministerio de Salud de la República de Colombia, Fondo Nacional de Estupefacientes, eds. Memorias del Simposio "Uso racional de los psicofármacos". Bogotá 1996; 9-18.