



Capítulo 38/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

LUTO, DUELO Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Trabajamos para su tranquilidad...

Luto, duelo y trastornos adaptativos

Alicia D. Powell, MD

Puntos clave

Epidemiología

- La muerte y la pérdida son parte de la condición humana; por este motivo, todos estamos en riesgo de experimentar el duelo.

Hallazgos clínicos

- El duelo puede definirse como dolor físico y emocional desencadenado por una pérdida significativa.
- Aunque la evolución de los trastornos adaptativos suele ser breve, los síntomas pueden ser bastante graves e incluir ideas de suicidio; cuando se comparan con los pacientes con depresión mayor, las personas con trastornos adaptativos muestran un intervalo menor entre la aparición de los primeros síntomas y el momento de un intento de suicidio.

Diagnóstico diferencial

- El DSM-5 ha eliminado la llamada «exclusión del duelo» de los criterios del trastorno de depresión mayor y ha añadido el trastorno de duelo complejo persistente en su apartado «Afecciones que necesitan más estudio».
- Los trastornos adaptativos abarcan un grupo de respuestas emocionales o conductuales ante un acontecimiento estresante.

Opciones terapéuticas

- En el paciente psiquiátrico en duelo puede realizarse la prevención de recaídas (del trastorno mental del paciente) con el apoyo y la optimización de los psicofármacos.
- La psicoterapia ayuda al paciente a identificar respuestas desadaptativas a los factores estresantes, maximiza el uso de sus puntos fuertes y es una fuente de apoyo.
- Las estrategias psicofarmacológicas pueden ser necesarias en los trastornos adaptativos, pero el uso de fármacos debería ser breve y acompañarse de psicoterapia.

Duelo y luto

Definición

El duelo puede definirse como el dolor físico y emocional desencadenado por una pérdida significativa. La pérdida puede ser de una persona o mascota, pero también de un lugar importante, objeto o trabajo. Un término estrechamente relacionado es luto, que significa literalmente dolor o aflicción asociado a la muerte de alguien. Aunque el duelo complicado

no fue definido como trastorno en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), 4.^a Ed., muchos clínicos observaron la necesidad de contar con criterios que identificaran las situaciones patológicas relacionadas con el duelo.¹ En respuesta a esto, el DSM-5 ha eliminado la llamada «exclusión del duelo» de los criterios del trastorno de depresión mayor (TDM), de modo que incluso el duelo de solo 2 semanas de duración puede diagnosticarse de TDM si los síntomas del paciente cumplen los criterios. El DSM-5 también define el trastorno de duelo complejo persistente (TDCP) en sus «Afecciones que necesitan más estudio».²

Epidemiología y factores de riesgo

La muerte y la pérdida forman parte de la condición humana; por este motivo, todos estamos en riesgo de experimentar el duelo. Como la muerte es temida universalmente, las sociedades y culturas han creado rituales para ayudar a afrontar la experiencia de la pérdida, y han dado apoyo a los supervivientes. En la sociedad occidental actual, sin embargo, las personas a menudo están lejos de sus familias o culturas de origen, lo que hace que tengan que enfrentarse solas a la muerte.

Los investigadores han encontrado que cerca del 20% de las personas en duelo cumplen criterios de un episodio de depresión mayor, con una evolución y respuesta al tratamiento similar al TDM en personas sin duelo.^{2,4-6} Aquellos con trastornos psiquiátricos previos parecen tener un riesgo mayor de complicaciones secundarias al duelo.^{3,7,8}

La prevalencia de TDCP es del 2,5-5% aproximadamente, y se observa más en mujeres que en hombres.³

Hallazgos clínicos y diagnóstico diferencial

Aunque el duelo puede ser universal, la experiencia de cada persona con el luto es única. Ante una persona en duelo, el médico a menudo se ve compelido a determinar si el duelo de la persona está avanzando normalmente o requiere intervenciones clínicas. Esta distinción resulta complicada con frecuencia por el hecho de que el duelo está conformado por las influencias socioculturales, y no se desarrolla siempre de una fase a la siguiente sin obstáculos.⁹⁻¹¹

Muchos investigadores han descrito las fases del duelo adaptativo.¹¹⁻¹³ Una directriz útil propone tres fases que se superponen: 1) conmoción, negación e incredulidad; seguidos de 2) fase de luto, con síntomas físicos además de emocionales y aislamiento social, que finalmente llega a 3) reorganización de la vida que tiene en cuenta la pérdida del ser querido pero no está definida por esta.

El duelo adaptativo puede provocar muchos síntomas que recuerdan a la depresión: reducción del apetito, problemas de concentración, dificultades para dormir, autorreproches, o incluso alucinaciones de la imagen o voz del fallecido (aunque la conciencia de realidad permanece intacta en el duelo normal). Sin embargo, a diferencia de la depresión, la tristeza del duelo adaptativo tiende a ir y venir, y disminuye gradualmente con el tiempo. Cualitativamente, los síntomas del duelo normal suelen aglutinarse en torno al fallecido o los acontecimientos que rodearon la muerte.¹⁴ La valoración de varias dimensiones de la experiencia de la persona en duelo aporta un cuadro diagnóstico más completo¹² (tabla 38-1).

Tabla 38-1

Dimensiones del duelo

Respuestas emocionales y cognitivas a la muerte de un ser querido	Las reacciones pueden incluir ira, culpa, arrepentimiento, ansiedad, imágenes intrusivas, sentirse sobrepasado, aliviado o solo
Afrontar el dolor emocional	Los dolientes pueden emplear distintas estrategias (p. ej., implicarse con otros, distracciones, evitación, racionalización, expresión directa de los sentimientos, incredulidad o negación, recurrir a la fe o a directrices religiosas, o indulgencia ante actividades «prohibidas»)
Relación continuada con el fallecido	La conexión de la persona en duelo con el fallecido puede mantenerse mediante representaciones simbólicas, adopción de rasgos del fallecido, rituales culturales o varios medios de contacto continuado (p. ej., sueños o intentos de comunicación)
Alteraciones del funcionamiento cotidiano	Los supervivientes pueden experimentar alteraciones de su salud física o mental o de su funcionamiento social, familiar o laboral
Cambios en las relaciones	La muerte de un ser querido puede variar enormemente la dinámica de las relaciones del superviviente con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo
Cambios en la propia identidad	A medida que avanza el proceso de duelo, la persona puede vivirse de una nueva forma que quizás conduzca al desarrollo de una nueva identidad (p. ej., huérfano, hijo único, viuda o progenitor soltero)

El DSM-5 señala que después de la pérdida el diagnóstico de TDM no debería retrasarse si los síntomas del paciente cumplen los criterios de TDM, son persistentes y generalizados, y se extienden más allá del contexto de la pérdida (p. ej., sentimientos de minusvalía no relacionados con la relación con el fallecido). Esta nueva designación recibe el respaldo de las investigaciones⁵ que documentan la ausencia de diferencias significativas entre la depresión relacionada con el duelo y la depresión asociada con otros estresantes vitales.

Otro factor añadido a la dificultad para valorar el duelo es la falta de consenso sobre su duración normal. Las manifestaciones del duelo normal (p. ej., reacciones de aniversario) pueden mantenerse indefinidamente, incluso en personas que funcionan bien por lo demás. Al reconocer los trabajos presentes destinados a comprender mejor el duelo mantenido, el DSM-5 recoge el TDCP como «Afecciones que necesitan más estudio». El [cuadro 38-1](#) contiene los criterios propuestos.

Cuadro 38-1 Criterios propuestos del DSM-5: trastorno de duelo complejo persistente

A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.

B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
3. Preocupación en relación al fallecido.
4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

C. Desde la muerte, al menos seis de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño de comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o su muerte (p. ej., autoculparse).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

Alteración social/de la identidad

1. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
2. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
3. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
4. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
5. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
6. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su edad.

Especificar si:

Con duelo traumático: duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluidos los últimos momentos del

fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

La [figura 38-1](#) muestra un algoritmo del diagnóstico diferencial del duelo y el luto.

Figura 38-1 Algoritmo de diagnóstico diferencial del duelo y el luto.

Opciones terapéuticas

Quizás el tratamiento más frecuente del duelo consiste simplemente en escuchar la experiencia de la persona y apoyarla. La mayor parte de la atención al individuo en duelo la proporciona la familia, los miembros de la comunidad y los profesionales de atención primaria. Al psiquiatra llegan dos grupos de personas en duelo: aquellas ya en tratamiento por un trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado y los individuos cuya preocupación por el duelo es el motivo de consulta inicial.

Los pacientes psiquiátricos con cualquier tipo de reacción de duelo podrían beneficiarse de una revisión de sus psicofármacos. Además de dar apoyo durante el duelo, un objetivo adicional del tratamiento es la prevención de recaídas del trastorno mental primario del paciente.

Los estudios respaldan el uso de antidepresivos si el paciente cumple criterios de un episodio de depresión mayor después de perder a una persona significativa.^{2,6} Las estrategias psicoterapéuticas para el duelo abarcan desde técnicas psicodinámicas hasta conductuales, y modalidades individuales y grupales.¹⁵ Como los criterios diagnósticos y estudios de tratamiento para el TDCP continúan investigándose, el terapeuta tiene que basarse en su propia orientación, formación y experiencia para adaptar el tratamiento a cada paciente. Además de prestar especial atención a la posibilidad de un trastorno emergente del eje I, otros aspectos clave en el trabajo con una persona en duelo están resumidos en el [cuadro 38-2](#).¹⁵

Cuadro 38-2 Actividades psicoterapéuticas primarias en el trabajo con una persona de luto

- Establezca una relación con la persona en duelo en sus propios términos.
- Explore la pérdida con la máxima profundidad posible.
- Revise la relación perdida.
- Explore otros factores contribuyentes (p. ej., problemas económicos relacionados con la muerte y la historia personal de reacciones a las pérdidas/muertes).
- Identifique los puntos fuertes y los apoyos.
- Proporcione apoyo.
- Plantee nuevos roles, relaciones y oportunidades para el futuro.

Complicaciones

Se han identificado ciertos factores de riesgo de malos resultados en el duelo¹⁶⁻¹⁸ (tabla 38-2). Las personas con TDCP a menudo refieren ideas de suicidio, y el duelo podría aumentar el riesgo de suicidio consumado.^{19,20}

Tabla 38-2

Factores de riesgo para la mala evolución del luto

Factores demográficos	Edad avanzada Estatus socioeconómico bajo
Factores individuales	Ambivalencia o dependencia en la relación con el fallecido Problemas de salud previos al duelo
Tipo de muerte	Muerte súbita Muerte de un hijo Asociada a estigma (p. ej., debida a suicidio) o muerte traumática
Circunstancias siguientes a la pérdida	Falta de apoyo social Crisis concomitantes (p. ej., problemas económicos)

Pronóstico

La inmensa mayoría de las personas en duelo no sufren complicaciones clínicas importantes debidas al mismo. Se ha encontrado que aquellos que cumplen criterios de TDM tras una pérdida tienen un pronóstico que no es significativamente distinto del correspondiente a las personas con TDM no asociado a duelo.

Trastornos adaptativos

Epidemiología

Las estimaciones de la prevalencia de trastornos adaptativos varían enormemente según la población estudiada y los métodos de evaluación usados. En entornos psiquiátricos ambulatorios, el porcentaje de pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo oscila entre el 5 y el 20%.²¹ Las personas en entornos socioeconómicamente desfavorecidos se enfrentan a menudo a una tasa elevada de factores estresantes, al igual que aquellos con enfermedades médicas y psiquiátricas crónicas. Estos individuos podrían tener un riesgo mayor de desarrollar trastornos adaptativos que la población general. No se ha encontrado que la raza, la edad o el sexo sean factores de riesgo para los trastornos adaptativos.²²

Hallazgos clínicos y diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos del DSM-5 de los trastornos adaptativos están recogidos en el [cuadro 38-3](#).

Cuadro 38-3 Criterios diagnósticos del DSM-5: trastornos de adaptación

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.

2. Deterioro significativos en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: Predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.

309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones o la conducta: Predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

Los síntomas se describen como agudos si duran menos de 6 meses, y crónicos si duran más de 6 meses. Por definición, sin embargo, los síntomas no pueden persistir más de 6 meses después del fin del estresante. Si los síntomas persisten más allá de 6 meses sin una duración prolongada del estresante se aplica el diagnóstico de «Otro trastorno especificado relacionado con traumas y factores de estrés».

Aunque la evolución de un trastorno adaptativo suele ser corta, los síntomas pueden ser graves y en ocasiones incluyen ideas de suicidio. Hay que evaluar el riesgo de autolesión en todos los pacientes con trastorno adaptativo. La [figura 38-2](#) presenta un enfoque algorítmico del diagnóstico diferencial de los trastornos adaptativos. Como el pronóstico y el tratamiento

de los trastornos afectivos y otros trastornos relacionados con acontecimientos traumáticos se diferencian notablemente de los adaptativos, se recomienda que el clínico se mantenga alerta ante la posible aparición de síntomas que cumplan criterios de esos trastornos.

Figura 38-2 Algoritmo de diagnóstico diferencial de los trastornos adaptativos (TA). TEPT, trastorno de estrés postraumático.

Opciones terapéuticas

Aunque no se ha llegado a un consenso oficial sobre el mejor tratamiento de los trastornos adaptativos, la psicoterapia es la recomendación más frecuente. La terapia individual ayuda al paciente a identificar sus respuestas desadaptativas al estresante, maximiza el uso de sus puntos fuertes y es una fuente de apoyo ([cuadro 38-4](#)). La psicoterapia grupal puede resultar especialmente útil en personas que comparten el factor de estrés (p. ej., enfermedad médica, divorcio).

Cuadro 38-4 Actividades psicoterapéuticas en el trastorno adaptativo

- Explore los factores estresantes en la vida del paciente.
- Explore formas de reducir o eliminar los elementos más estresantes.
- Permita que el paciente exprese sus preocupaciones y conflictos.
- Busque y reformule el significado del factor estresante para el paciente para permitir una perspectiva más amplia.
- Identifique y potencie los puntos fuertes del paciente de cara al afrontamiento.
- Respalde el uso de la familia y los recursos comunitarios por parte del paciente para hacer frente a los factores estresantes.

El tratamiento psicofarmacológico de los trastornos adaptativos sería necesario en caso de síntomas graves, pero la administración de medicamentos debe ser breve y acompañarse de psicoterapia. El uso prudente de ansiolíticos o antidepresivos podría ser útil en pacientes que sufren síntomas de ansiedad o de trastornos afectivos. Rara vez los antipsicóticos estarían indicados en pacientes que se descompensan.

Pronóstico

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los pacientes con trastorno adaptativo volverán a su nivel de funcionamiento previo en 3-6 meses. Sin embargo, el riesgo de suicidio en esta población es importante y debe ser vigilado. Los estudios sobre suicidio han encontrado que, comparadas con pacientes con TDM, las personas con trastorno adaptativo muestran un intervalo más breve entre la aparición de sus primeros síntomas y el momento de un intento de suicidio.^{23,24} Ciertos datos longitudinales limitados indican que los adolescentes diagnosticados de trastorno adaptativo tienen un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad psiquiátrica importante.²⁵

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103–117.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 5. Washington, DC: APA Press; 2013.
3. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, et al. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:1069–1074.
4. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, et al. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*. 2009;166(7):786–794.
5. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry*. 2008;165(11):1449–1455.
6. Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P, et al. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(4):227–230.
7. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry*. 2003;48(2):87–93.
8. Zisook S, Lyons L. Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega (Westport)* 20:307-322, 1989-1990.
9. Kleinman A, Good B, eds. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985: pp 369-428.
10. Eisenbruch M. Cross-cultural aspects of bereavement: ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. *Cult Med Psychiatry*. 1984;8(4):315–347.
11. Glick IO, Weiss RS, Parkes CM. *The first year of bereavement*. New York: Wiley; 1974.
12. Shuchter SR, Zisook S. The course of normal grief. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. *Handbook of bereavement theory, research, and intervention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1993.
13. Brown JT, Stoudemire GA. Normal and pathological grief. *JAMA*. 1983;250:378–382.
14. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*. 1944;101:141–148.

15. Raphael B, Middleton W, Martinek N, et al. Counseling and therapy of the bereaved. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. *Handbook of bereavement theory, research, and intervention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1993.
16. Jacobs SC, Kim K. Psychiatric complications of bereavement. *Psychiatr Ann*. 1990;20:314–317.
17. Osterweis M, Solomon F, Green M. *Bereavement: reactions, consequences, and care: a report of the Institute of Medicine, National Academy of Sciences*. Washington, DC: National Academy Press; 1984.
18. Sanders CM. Risk factors in bereavement outcome. *J Soc Issues*. 1988;44:97–112.
19. Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E, et al. Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychol Med*. 2008;38(5):673–676.
20. Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. The broken heart: suicidal ideation in bereavement. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2178–2180.
21. Strain JJ. Adjustment disorders. In: Gabbard GO, ed. *Treatments of psychiatric disorders*. ed 2. Washington, DC: APA Press; 1995.
22. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med*. 1981;4:139–157.
23. Polyakova I, Knobler HY, Ambrumova A, et al. Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. *J Affect Disord*. 1998;47(1-3):159–167.
24. Schnyder U, Valach L. Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(2):119–129.
25. Andreasen N, Hoenk P. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1982;139:584.

Lecturas recomendadas

- Berkowitz DA. On the reclaiming of denied affects in family therapy. *Fam Process*. 1977;16(4):495–501.
- Bowlby J. *Attachment and loss. Loss: sadness and depression*. New York: Basic Books; 1980.
- Bowling A, Benjamin B. Mortality after bereavement: a followup study of a sample of elderly widowed people. *Biol Soc*. 1985;2:197–203.

Casarett D, Kutner JS, Abraham J. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med.* 2001;134:208–215.

Clayton PJ. Bereavement and depression. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:34–40.

Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry.* 1968;125(64):168–178.

Depue RA, Monroe SM. Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: the problem of chronic disturbance. *Psychol Bull.* 1986;99:36–51.

Engel GL. Is grief a disease? *Psychosom Med.* 1961;23:18–22.

Fogel B. *Interrelations between people and pets.* Springfield, IL: Charles C Thomas; 1981.

Fried M. Grieving for a lost home. In: Duh LJ, ed. *Psychic trauma.* New York: Basic Books; 1967.

Freud S, Mourning and melancholia. Strachey J, ed. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,*, vol. 20. London: Hogarth; 1917.

Fuller RL, Geis S. Communicating with the grieving family. *J Fam Pract.* 1985;21(2):139–144.

Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM. Timeless attachment to a dead relative. *Am J Psychiatry.* 1979;136:988–989.

Hackett TP. Recognizing and treating abnormal grief. *Hosp Physician.* 1974;1:49–54.

Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol.* 1981;114:41–52.

Horowitz MJ. Depression after the death of a spouse. *Am J Psychiatry.* 1992;149:579.

Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979;41:209–218.

Jacobs S, Hansen F, Kasl S, et al. Anxiety disorders in acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:269–274.

Jacobs SC, Kosten TR, Kasl SV, et al. Attachment theory and multiple dimensions of grief. *Omega (Westport).* 1987;18:41–52.

Jones DR, Goldblatt PO. Cause of death in widow(er)s and spouses. *J Biosoc Sci.* 1987;19:107–121.

Jones DR, Goldblatt PO, Leon DA. Bereavement and cancer: some results using data on deaths of spouses from the Longitudinal Study of Office of Population Censuses and Surveys. *Br Med J*. 1984;298:461–464.

Jones R, Yates WR, Williams S, et al. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*. 1999;55(1):55–61.

Kavanaugh DG. Towards a cognitive-behavioral intervention for adult grief reactions. *Br J Psychiatry*. 1990;157:373–383.

Kim K, Jacobs S. Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *J Affect Disord*. 1991;21:257–263.

Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. In: Jones E, ed. *Contributions to psychoanalysis*. London: Hogarth; 1940.

Kubler-Ross E. *On death and dying*. New York: MacMillan; 1969.

Lazarus RS. The costs and benefits of denial. In: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, eds. *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist; 1981.

Lehman D, Ellard J, Wortman C. Social support for the bereaved: recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54:438–446.

Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(6):637–662.

Lieberman MA. Self-help groups and psychiatry. *Am Psychiatr Assoc Annu Rev*. 1986;5:744–760.

Lieberman MA, Videka-Sherman L. The impact of self-help groups on the mental health of widows and widowers. *Am J Orthopsychiatry*. 1986;56:435–449.

Pasnau RO, Fawney FI, Fawney N. Role of the physician in bereavement. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10:109–120.

Rosenblatt PC, Burns LH. Long term effects of perinatal loss. *J Fam Iss*. 1986;7:237–253.

Rynearson EK. Psychotherapy of pathologic grief: revisions and limitations. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10:487–500.

Shapiro ER. Family bereavement and cultural diversity: a social developmental perspective. *Fam Process*. 1996;35(3):313–332.

Stern EM. *Psychotherapy and the grieving patient*. New York: Haworth; 1985.

Strain JJ, Newcorn J, Fulop G, et al. Adjustment disorder. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. ed 3. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.

Weisman AD, Stern TA. The patient with acute grief. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *Massachusetts General Hospital guide to primary care psychiatry*. ed 2. New York: McGraw-Hill; 2004.

Zeitlin SV. Grief and bereavement. *Prim Care*. 2001;28(2):415–425.

Zisook S, DeVaul R. Unresolved grief. *Am J Psychoanal*. 1985;45(4):370–379.

Zisook S, Shuchter SR, Schuckit M. Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatics*. 1985;26:497–503.

|

(Stern, 20171024, pp. 427.e2-432.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.