

Evaluación de Psicoterapia de duelo en un centro de salud mental

José Antonio Espina Barrio
M.D. Psiquiatra
Asunción Velasco Argüello
M.D. Familia, MIR Psiquiatría

1. Introducción: el duelo en la clínica psiquiátrica

Las pérdidas de seres queridos son acontecimientos vitales que precisan una elaboración adecuada para el mantenimiento de la Salud Mental. De su descripción se ha ocupado la Atención Primaria, especialmente en la atención a enfermos terminales y su familia (1) y la psiquiatría en las reacciones posteriores a la muerte (2). Son crisis vitales que ponen a prueba los recursos del sujeto y de su medio circundante, sobre todo la familia (3). De su manejo va a depender un crecimiento personal o un empobrecimiento de la existencia. Este último se manifiesta con un retraimiento social y disminución de actividades cotidianas; que pueden llegar a cuadros ansiosos o depresivos, que se cristalizan en el tiempo y se mantienen incluso varios años después del fallecimiento del allegado/a.

La presión del medio, que espera una rápida y pronta recuperación, frena la expresión de sentimientos de tristeza. Estos se reprimen y disimulan con una aparente normalidad. Meses después reaparecen los síntomas arriba descritos o somatizaciones que, a veces, son semejantes a los síntomas que aquejaron al finado/a.

En este contexto social, se realiza una Psicoterapia Breve de Duelo que, con la adición del tratamiento psicofarmacológico, trata de alentar la expresión de los sentimientos retenidos con la consiguiente aceptación de la pérdida que lleva a interiorizar el recuerdo del fallecido y recoger sus virtudes. De esta manera se convierte la falta en presencia y el duelo deja de ser un quebranto, para convertirse en una ventaja, donde aprender a perder es saber ganar (4).

Todavía pensamos que los psiquiatras pueden realizar algunas intervenciones psicoterapéuticas útiles en los Servicios Públicos, como ya demostramos con la Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones (PBCS) (5) y (6).

Ahora pretendemos lo mismo con los problemas de duelo. Son pérdidas reales, luego no se pueden trabajar desde la perspectiva de un futuro sin el problema. Además precisan una elaboración afectiva, que no es imprescindible en la mayoría de los trastornos neuróticos o situaciones que hemos tratado con PBCS. Evidentemente se puede pedir a los deudos que se imaginen como va a ser su vida sin la persona amada o como van a realizar las tareas de la persona que falta; pero, sin una elaboración afectiva, éstos pueden vivir la prescripción como una fuerte agresión. De ahí el fracaso de algunas prescripciones conductuales que no tienen en cuenta la imprescindible elaboración de los afectos, que todo luto conlleva. Por ello no se ha incluido los Problemas de Duelo dentro de la metodología Centrada en Soluciones, que tan eficaz resulta en los trastornos adaptativos relacionales.

Los objetivos de este trabajo son describir la aplicación de la Psicoterapia Breve de Duelo y evaluar sus resultados al final de la terapia, tras más de 6 meses de concluida la misma y la perspectiva futura de los deudos.

2. Métodos

— Psicoterapéuticos

A todos los evaluados se les ha aplicado una serie de sesiones, de 30 minutos de duración y de periodicidad variable, entre uno y tres meses, acordadas entre el Terapeuta y el Paciente. Este encuadre no se diferencia del habitual en el CSM, cuyas sesiones son cortas, pocas, con uso sintomático de psicofármacos y rápida derivación al Centro de Atención Primaria.

En ellas se escuchan los recuerdos y sentimientos del Paciente en relación con su Ser Querido; pero sobre todo se prescriben una serie de rituales a llevar a cabo fuera de la sesión y en el lugar donde eche de menos a la persona fallecida (Tabla I).

TABLA I
PROGRAMA PARA EL AFRONTAMIENTO DEL DUELO
José Antonio Espina Barrio, 1995

ACCIONES	EFECTOS
1. Comentar lo que echa de menos a la persona querida.	—Facilita el reconocimiento de la ausencia. —Expresa emociones reprimidas.
2. Informarla de lo que ha sucedido desde que no está.	—Reconoce la pérdida. —Mejora su aceptación. —Conecta al deudo con su átomo social.
3. Recogida del legado o hacer algunas cosas como las haría la persona perdida.	—Interioriza el dolor. —Mejora el self con las aportaciones del otro.

Sólo cuando se detecta una dificultad en la expresión emocional, esta tarea se realiza en la consulta. Si el atasco existencial es mucho mayor, se trata por medio de Psicodrama.

Es un programa más sencillo que el que indican otros autores, desde los pioneros (7) a los actuales (8).

Se ha indicado tratamiento psicofarmacológico en la mayoría de los casos, por lo tanto el tratamiento ha sido combinado.

— **Evaluadores**

Se trata de una evaluación catamnésica retrospectiva basada en la Historia Clínica y en Entrevista Telefónica, realizada por el autor ajeno a la Psicoterapia y que se ha efectuado siempre tras más de 6 meses de finalizada la misma.

En ella se recogen los Datos Sociodemográficos (Hoja de Primera Consulta) (Tabla II) y los DATOS ENTREVISTA TELEFÓNICA:

- Problema por el que acude a consulta.
- Diagnóstico según la CIE 10.
- Tipo de Tratamiento.
- Meses desde la pérdida al inicio de la psicoterapia.
- Número de sesiones empleadas.
- Valoración sobre la recuperación de la pérdida. En concreto, grado de normalización de las actividades diarias. El paciente puntúa entre 1 y 10. Al Comienzo del Tratamiento, al Final, después de Más de seis meses y en el Futuro.
- Finalmente se les pregunta si para el mismo problema precisaron de ayudas de otros profesionales y/u otros tratamientos.

TABLA II
 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
 (Hoja de Primera Consulta)

NIVEL DE FORMACIÓN	EMPLEO HABITUAL
1. Analfabetos	1. Ama de casa.
2. Leer y escribir.	2. Obrero sin cualificar.
3. 1ª Etapa de E.G.B.	3. Obrero cualificado.
4. E.G.B. terminado.	4. Estudiante.
5. E.G.B. no terminado.	5. Agricultor autónomo
6. FP.1 terminado.	6. Agricultor cuenta ajena.
7. FP.1 no terminado.	7. Funcionario.
8. FP.2 terminado.	8. Técnicos.
9. FP.2 no terminado.	9. Profesionales medios
10. B.U.P. terminado.	10. Empleado de oficina y comercio
11. B.U.P. no terminado	11. Profesionales superiores.
12. C.O.U.	12. Pequeños propietarios.
13. Título medio terminado.	13. Directivos.
14. Título medio no terminado.	14. Altos funcionarios.
15. Título superior terminado.	15. Medianos y pequeños empresarios.
16. Título superior no terminado.	16. Sin profesión definida.
17. Otro.	17. Otros
18. No registrado.	18. No sabe

En un trabajo anterior (5) se explicó porqué se ha recurrido a un proceso sencillo, que muestra mejor la efectividad y valoración de la terapia y no se oscurece con complejidades, algunas de ellas trasnochadas. Dado que la Psicoterapia Breve se basa en el trabajo realizado fuera de la sesión por los pacientes, parece lógico que sean ellos los que puntúen el logro de las misma. El parecer del terapeuta, suele ser inferior al del paciente y no siempre se correlacionan ambos; de ahí que no se tenga en cuenta en este trabajo. Por otra parte, el terapeuta se centra en los objetivos del paciente. El evaluar las quejas y los objetivos surgidos de las mismas sigue el Principio de Congruencia entre Objetivos y Resultados, lo que no ocurre con medidas clásicas como el MMPI, 16PF u otros cuestionarios de personalidad. Todos ellos no dicen nada sobre las variaciones interaccionales del individuo o la familia gracias a la psicoterapia (9).

La Evaluación de Resultados en Psicoterapia es una necesidad, por su alto coste y escasa repercusión en la población general. Este hecho contrasta con los escasos trabajos que muestren fehacientemente su eficacia (10). Por ello, los Servicios Públicos han ido arrinconando dichos servicios en pro de una psicofarmacología que ha aumentado su carestía de forma astronómica. También muestra las dificultades de diseño y los fracasos de evaluaciones rígidas, las cuales no consideran que el terapeuta y el cliente son parte de un todo, en vez de experimentador y objeto experimentado. Sostiene dicho autor que no existe consenso acerca de la etiología de la enfermedad mental, ni sobre las causas instrumentales; pero sí sobre los síntomas y conductas alteradas y sus consecuencias sociales, como uso de servicios sanitarios. Estos dos últimos aspectos son los que se evaluarán en este trabajo.

3. Resultados

— Descripción de la muestra

Se evalúan un total de 52 pacientes que fueron tratados con Psicoterapia de Duelo, por la pérdida de un ser querido. De ellos, 40 finalizaron el tratamiento. Abandonaron el tratamiento o se cambió la estrategia en 12.

De los que finalizaron la terapia, 14 no fueron localizados por cambio de domicilio o teléfono. Por lo tanto, se describirán las características de los 26 que acabaron y fueron encontrados para realizar la evaluación el tratamiento.

Estudio Sociodemográfico:

Sexo: Es más frecuente el sexo femenino. Solamente 2 varones han entrado en el estudio.

Edad: La edad media es de 47, el más anciano con 81 años y el más joven con 25 años, siendo 3 mayores de 70 y 3 menores de 30.

Estado Civil: Más frecuente casado (12), seguidos de viudas (8).

Estudios: El mayor número (12) encontrado corresponde a E.G.B., 4 pacientes saben leer, sólo tres poseían Estudios Superiores. La Media fue de 5,34. Dada la inconsistente valoración entre terminado o no, el promedio corresponde a E.G.B..

Trabajo: La Media es de 4,15, pero al ser la puntuación valorable, no se pueden extraer datos fiables. La mayoría (12) son Amas de Casa, 2 son Profesionales Superiores, 2 son Autónomos y 1 es Empresario.

— Resultados de la evaluación

Se estudian las siguientes variables:

- Problema por el que acude a consulta y Diagnóstico CIE 10.
- Número de sesiones empleadas.
- Puntuaciones sobre el grado de recuperación de sus actividades cotidianas.
- Meses de la pérdida del ser querido.
- Diagnóstico
- Tratamiento.

Problema por el que acude a consulta

Todos acuden por muerte de algún ser querido, excepto una pérdida por separación.

El motivo más frecuente fue la pérdida de la pareja (9), seguido de Muerte de los padres (7). Otros motivos: Muerte de hermano o amigo (4), muerte del hijo (3) y 2 suicidios (hijo y novio).

Número de sesiones empleadas

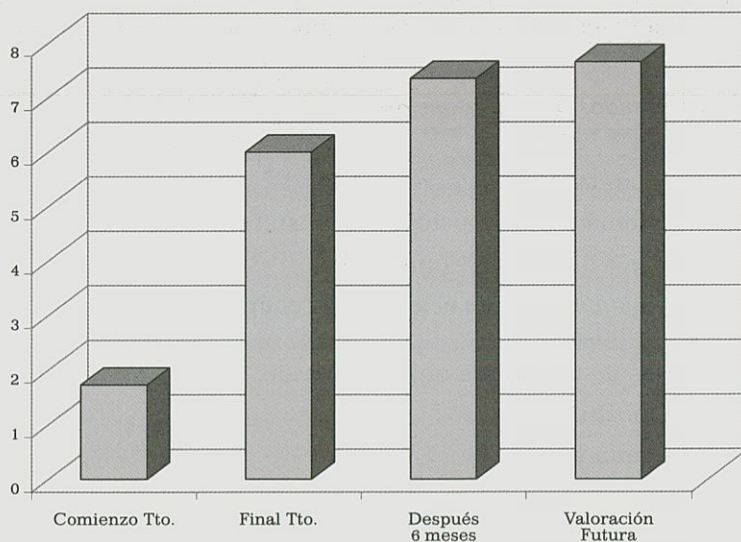
Un promedio de 4,46 sesiones. Máximo de 15 y un mínimo de 1 (2). Más de 10 sesiones sólo 3 (2 de 12 y 1 de 15). Hubo 7 de 2 sesiones.

Valoración sobre la recuperación de la pérdida

Entre 1 y 10 en función del grado de normalización de sus actividades diarias.

- Comienzo del tratamiento. Media de 1,73.
- Final del tratamiento. Media de 6.
- Después de seis meses de tratamiento. Media de 7,35.
- En el futuro. Media de 7,65.

GRÁFICO I
EVALUACIÓN PSICOTERAPIA de DUELO



Meses de la pérdida del ser querido

Se presenta una Media de 31,46 meses desde la pérdida hasta que acude a consulta, los valores van desde 420 meses a 1 mes. Sin embargo sólo existieron 1 de 98, 2 de 48, 1 de 30, 1 de 18 y el resto menos de 13 meses.

Diagnóstico

Siguiendo el manual de la C.I.E. 10, los diagnósticos más frecuentes son Trastornos Adaptativos (F.43) (11) y Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia (Z.63.4) (11).

Tratamiento

Todos los pacientes, excepto dos, necesitaron tratamiento con Psicofármacos.

Se trata por lo tanto de una Terapia Breve, cuyo cambio se espera suceda fuera de la sesión, por medio de los rituales que en la misma se prescriben. La Psicoterapia y el Tratamiento Psicofarmacológico combinado se aplicaron a casi todos los asistentes, excepto tres.

Sólo un miembro de la muestra precisó de Psicodrama, el resto se realizó con prescripción de rituales a realizar fuera de la sesión. En este caso predominaban los sentimientos ambivalentes de culpa acerca de un hermano con conductas parasuicidas alcohólicas, muerto cuatro años antes. El diagnóstico era una Distimia (F.34.1) y precisaba tratamiento antidepresivo. Además padecía una Diabetes Mellitus. Se culpaba por no haberle atendido más, cuando su hermano rechazaba toda terapéutica, y también por no ocuparse de la viuda e hijos. Estas rumiaciones eran continuas, sin embargo, refería haber superado el duelo. Se le confrontó con su hermano antes de morir en un Psicodrama Individual o Bipersonal. Allí le expresó todo lo que sentía y después, tras un Cambio de Roles (11) y (12), pudo contestar desde el hermano, que deseaba morir y descansar y no quería más ayudas que prolongaran su agonía. Tras ésta sesión empezó a mejorar y se le dio el alta. Tres meses después suprimió la medicación. Las sesiones previas tradicionales, se mostraron ineficaces.

Todos los miembros de la muestra, excepto 3, dieron puntuaciones iniciales bajas. Lo más interesante es que las excepciones, que puntuaron un 6 un 5 y un 3, sólo precisaron una o dos sesiones. Estas puntuaciones altas pueden significar una elaboración previa del proceso de duelo y no fueron obstáculo para obtener unos buenos resultados al

final y a los 6 meses, aunque lógicamente menos diferenciados que el resto.

La mayoría (15) puntuó al comienzo del tratamiento con un 1; el resto (8) con un 2. Si al inicio de la Terapia, la recuperación de la pérdida la sitúan en un 1,73 sobre 10, al final de la misma puntúan un 6. Lo más curioso es que al cabo de más de 6 meses se encuentra una mejoría notable cuya media de recuperación es un 7,35. Por lo tanto, existe un período amplio de recuperación tras finalizar el tratamiento y que es fortalecido por expectativas optimistas sobre su capacidad de mejorar.

En cuanto a la Valoración Futura, se detecta un ligero aumento a 7,65, que fortalece la satisfactoria recuperación obtenida.

4. Discusión de los resultados

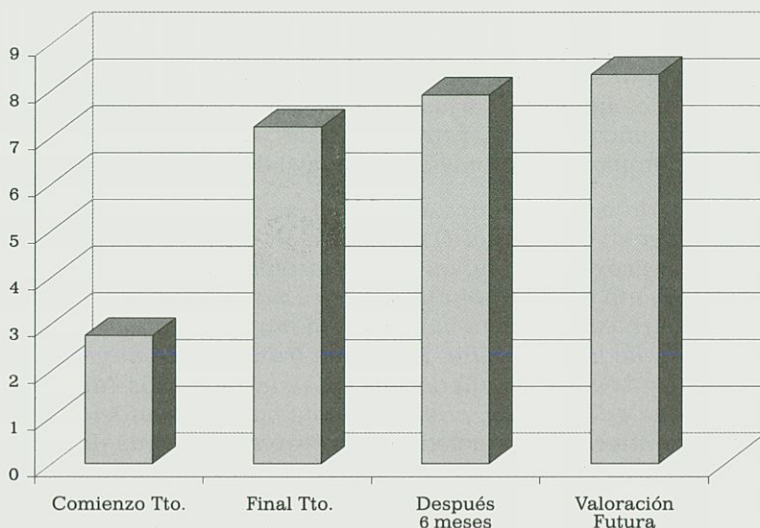
Es la tercera evaluación que publicamos sobre Psicoterapias Familiares. La primera fue en 1990 sobre 17 Familias (13). La segunda, sobre PBCS, ha dado lugar a dos publicaciones, una primera revisión parcial sobre 24 psicoterapias finalizadas (5) y otra más amplia de 41 psicoterapias finalizadas (6), a la que nos referiremos para basar nuestra discusión (Gráfico II). Las razones para esta comparación entre evaluaciones es que el encuadre es similar, sin embargo en la primera evaluación se dedicaba una hora y Espejo Unidireccional, y que el Diseño de la Evaluación Telefónica es el mismo; sólo hay una ligera variación en las puntuaciones, ya que en la actual se ha extraído el Promedio en la lugar de la Media, pero no afecta de forma significativa a los resultados finales. Además se realizó una extensa discusión de los resultados, que nos ahorrará repeticiones.

El porcentaje de abandonos, en torno al 20%, es similar al de consultas habituales en los Centros de Salud Mental (5).

Destaca en este trabajo el número amplio de personas no localizadas, 14, ello puede deberse a que las pérdidas obligan a cambios de domicilio o reajuste familiar, lo que puede explicar esta dificultad en encontrar a las personas dadas de alta.

En cuanto a la comparación de resultados, lo primero que se aprecia es la necesidad de 1,46 sesiones más por terapia. Ello se debe a la naturaleza del problema. En la PBCS (6) de 41 psicoterapias, sólo 4 fueron por Duelo, el resto Problemas de Pareja o Familia. La diferencia entre la pérdida real y los problemas de ciclo vital o relacional, pueden explicar también que las puntuaciones al Comienzo del Tratamiento fueran más altas en PBCS, 3, frente a 1,73 en Duelo. La variación entre Comienzo y Final del tratamiento, alrededor de 4 puntos, es similar en las dos modalidades de Psicoterapias. También coincide la mejora de puntuaciones al cabo de 6 meses y la futura. El hecho de que en el

GRÁFICO II
EVALUACION TERAPIA FAMILIAR BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES



Duelo la puntuación final sea algo más baja que en PBCS no es significativo, ya que se parte de puntuaciones de salida diferentes.

Todo lo anterior implica una coherencia interna en la evaluación, que es realizada por los receptores de la psicoterapia y entre las dos evaluaciones con modalidades de psicoterapia diferentes. Confirman la eficacia, validez y utilidad de las modalidades de psicoterapia aplicadas.

Se han encontrado pocos estudios extranjeros sobre la eficacia de la psicoterapia en trastornos similares. En el metaanálisis sobre Trastorno por Estrés Postraumático (14) se examinan diversas modalidades de psicoterapia y se observó una mejora significativa en la clínica, especialmente en los síntomas clave. Este estudio apoya la necesidad de un apoyo psicoterapéutico en este tipo de trastornos.

Un hecho llamativo es la mayoría aplastante de mujeres, que no se corresponde con el porcentaje de primeras consultas (60% de mujeres en el Área Oeste de Valladolid en el 2000). Sin embargo, la literatura (15) confirma el hecho de que en casos de muerte repentina de los hijos, las madres sufren más estrés, peor adaptación y consultan con más frecuencia. De hecho, el estudio reseñado se hizo con 261 padres, de los cuales 171 eran madres y sólo 90 padres. Estos resultados coinciden con la observación clínica de las parejas que han seguido tratamiento de duelo por la muerte de un hijo.

La vida media de las mujeres en España ha sido de 5 años superior a la de los hombres. En la última década las diferencias disminuyen, probablemente por la universalización del consumo de tabaco y el

estrés añadido de la incorporación femenina a la vida laboral activa. Por lo tanto, todavía puede afirmarse que hay más viudas que viudos.

Los rituales prescritos no son iguales para todos. Se basan en las vivencias, costumbres y estilo de las personas afectadas. El Programa General es el descrito, pero el encuadre es diverso: fotos, habitación del fallecido, cementerio, cartas, lugares, objetos, etc. Esta adaptación a la cultura encuentra su refrendo en la psiquiatría transcultural, como por ejemplo en los refugiados Malawi de Mozambique (16).

En cuanto a los estudios españoles, se comienza con uno realizado también en Valladolid (17), porque se refiere a pacientes de la misma zona geográfica, aunque distinta área sanitaria, y el método de reclutamiento ha sido similar, muestra no aleatoria de consultantes. La muestra es menor, 19 pacientes, la mayoría también son mujeres. La edad media es similar. El tiempo transcurrido desde la pérdida es menor. Los diagnósticos son más sintomáticos (depresión o ansiedad) que adaptativos; probablemente por la orientación diferente de los psiquiatras. Los objetivos del trabajo son más descriptivos que evaluadores. El tratamiento es exclusivamente farmacológico y sus resultados son una mejoría clínica subjetiva en el 36,84% y parcial o nula en el 63,16%. Aunque no es la misma evaluación que realizamos nosotros, se puede concluir que el tratamiento combinado aplicado es mucho más satisfactorio y eficaz que el psicofarmacológico sólo; lo que confirman todos los estudios comparativos existentes en la literatura.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico y en concreto psicodramático destacamos un trabajo nuestro (18) donde se muestra la eficacia del psicodrama en una unidad de hospitalización de agudos y en duelos complicados. Es un trabajo cualitativo, con varios ejemplos clínicos, como el referido en este trabajo.

En grupos de discusión, destaca por su trabajo clínico —descriptivo— el realizado en Atención Primaria (19). Los autores resaltan la necesidad ineludible de hablar de la muerte y el consiguiente alivio. Sin embargo sólo realizan dos sesiones y su fin no es terapéutico, por lo que no resulta comparable.

5. Conclusiones

- La Psicoterapia Breve de Duelo es un proceso sencillo y eficaz para el restablecimiento de una pérdida.
- Es una Psicoterapia que se combina sin dificultades con los Psicofármacos.
- Los pacientes no precisan alto nivel de estudios, ni exigencias de capacidad de *insight* de otras psicoterapias dinámicas.

- El objetivo es la expresión de emociones, más que la comprensión de mecanismos inconscientes.
- Basta una recuperación satisfactoria para dar el alta, ya que con el tiempo la misma se verá fortalecida.
- La valoración de los pacientes posee coherencia interna, que se mantiene en el tiempo, y expresa el grado de satisfacción con los resultados.
- Sólo se precisó Psicodrama en uno de los casos evaluados, donde predominaba la ambivalencia y la culpa.
- El ampliar a más de cinco sesiones no mejora los resultados.
- Un largo período entre sesiones no resta eficacia a las mismas, ya que lo fundamental es lo que el paciente hace entre las mismas.

6. Bibliografía

- 1) Jarabo Crespo, Y. «Familia, Paciente Terminal y Duelo», en *Medifam - Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 4 (6), 1994 (Pp. 301-304).
- 2) Valdes Díaz, M. y Blanco Picabia, A. «Reacciones de la familia después de la muerte de un ser querido: duelo, aflicción y luto», en *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25 (3), 1997 (Pp. 190-196).
- 3) AA.VV. «El Duelo-Monográfico», en *Mosaico-Revista de la Federación de Asociaciones de Terapia Familiar*, 3ª Época, nº 23, 2º Cuatrimestre, 2002.
- 4) Espina Barrio, J. A. «Psicoterapia del Duelo Patológico y de Las Enfermedades Graves», en Navarro, J., Fuertes, A. y Ugidos, T. *Prevención e Intervención en Salud Mental*, «Colección Psicología nº 41», Salamanca, Amarú, 1999 (Pp. 369-381).
- 5) Espina Barrio, J. A. y Cáceres, J. L. «Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones», *Revista de la A.E.N.*, Año XIX, Enero/Marzo, 1999. (Pp. 23-38).
- 6) Espina Barrio J. A. y Pérez Cipitria, A. «Evaluación de Psicoterapia Breve en los servicios públicos», en *Familia - Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, Escuela Universitaria de Ciencias de la Familia, Universidad Pontificia, Salamanca, nº 21, mayo, 2000 (Pp. 9-22).
- 7) Kübler - Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*, «Enfermería y Sociedad», Grijalbo: Barcelona, 2ª ed., 1989, 1ª ed., 1975. (Traducido de la 8ª ed. inglesa de 1972 por Neri Daurella, 1ª ed. V.O. 1969).

- 8) Worden, J. W. *El Tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y Terapia*, «Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia, 163», 1ª de., Paidós, Barcelona, 1997 (P. 240) (Translated of O.V., Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner, 1991 by Angela Aparicio).
- 9) Pérez Grande, M. D., «Evaluación de Resultados en Terapia Sistémica Breve», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1991, 18, II Época, Año V. Pp. 93-110.
- 10) Gómez Beneyto, M., «La evaluación del resultado en psicoterapia dinámica», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, 63, Año XVII, pp. 537-546.
- 11) Espina Barrio, J. A. *Psicodrama: Origen y Desarrollo*, «Colección Psicología» Vol. 31, Amarú, Salamanca, 1995 (P. 216).
- 12) Filgueira Bouza, M. y Espina Barrio, J. A. «Brief Psychodrama and Bereavement», en Kellerman y Hudgins *Psychodrama with Trauma Survivors - Acting our your Pain*, London y Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- 13) Espina Barrio, J. A. y Blanco Velasco, B. «La Revisión en un Programa de Terapia Familiar de un Centro de Salud Mental», *Vínculos-Revista de Psicodrama, Terapia Familiar y otras Técnicas Grupales*, nº 4, Invierno, 1992 (Pp. 67-80).
- 14) Sherman, J. J. «Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials», en *J. Trauma Stress*, Jul., 11 (3), 1998 (Pp. 413-35).
- 15) Murphy, S. A. «A bereavement intervention for parents following the sudden, violent deaths of their 12-28-year-old children: description and applications to clinical practice», en *Can. J. Nurs. Res.*, Winter; 29 (4), 1997 (Pp. 51-72).
- 16) Englund, H. «Death, trauma and ritual: Mozambican refugees in Malawi», en *Soc. Sci. Med.*, May, 46 (9), 1998 (Pp. 1165-74).
- 17) Macías Fernández, J. A. et al. «Perfil clínico del paciente con reacción de duelo», en *Informaciones Psiquiátricas*, nº 146, 4º Trimestre, 1996, (Pp. 527-534).
- 18) Espina Barrio, J. A. y Filgueira Bouza, M. «Psicodrama del Duelo», *Revista de la A.E.N.*, nº 64, Octubre/Diciembre, 1997 (Pp. 275-285).
- 19) García García, J. A. et al. «El duelo por la perdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria», en *Atención Primaria*, 18 (9), 1996 (Pp. 475-479).