



PROCESO DE DUELO EN LA DEMENCIA AVANZADA

Angel María Pascual. Juan Luís Santamaría.
Psicólogos-Psicoterapeutas. Ades-Psicólogos.

La pérdida de un ser querido es sin duda una de las experiencias más estresantes y con mayor carga emocional a la que nos tenemos que enfrentar a lo largo de nuestra vida, el dolor que nos provoca esta pérdida es lo que conocemos como "duelo". Cuando hablamos de la demencia avanzada, de la pérdida de capacidades y de la previsible muerte, es inevitable hablar del dolor y sufrimiento al que las familias de las personas afectadas tienen que hacer frente. Para poder acompañar y ayudar a las personas que están viviendo este proceso es importante saber en que consiste y cual es su desarrollo, ¿Qué es el duelo? ¿A que nos estamos refiriendo cuando utilizamos este concepto?

En un sentido amplio podemos definir el duelo como " la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien o algo significativo para nosotros" en este sentido podemos observar manifestaciones o reacciones de duelo ante otras experiencias vitales que no tienen que ver con la enfermedad o la muerte pero que suponen una pérdida importante, como pueden ser una separación o divorcio, un traslado de residencia donde dejamos atrás amigos y relaciones, e incluso la pérdida de un empleo gratificante para nosotros.

Sin embargo, lo más común cuando utilizamos este término es que lo hagamos para hacer referencia a la reacción que se produce ante la enfermedad terminal y la muerte .En este sentido podemos definir el duelo como "*la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento*". Podríamos decir que es una experiencia de "sufrimiento total" ya que podemos observar manifestaciones de duelo en todos los niveles de respuesta, a nivel emocional (tristeza, melancolía, rabia , culpa ...), cognitivo (falta de concentración, preocupación, pensamientos recurrentes...) conductual (aislamiento, llanto, desinterés por las actividades cotidianas...) físico (cansancio ,falta de energía, dolores musculares..) social (dificultad para retomar las relaciones sociales) y espiritual (cuestionamiento existencial y de valores).

Antes de pasar a explicar y describir algunos de los modelos y posiciones teóricas más relevantes sobre el desarrollo del proceso de duelo es parece importante hacer algunas aclaraciones sobre conceptos incluidos en esta



definición que nos pueden ayudar a evitar interpretaciones a mi juicio equivocadas.

1.- El duelo no es una enfermedad

El duelo "no se cura", no es una patología, es un proceso normal de adaptación a una nueva realidad, que en la mayoría de los casos tiene una evolución favorable a lo largo del tiempo y solo en un 10-15% de los casos suele presentar dificultades, derivando en lo que conocemos como duelo complicado o patológico.

2.- Es un proceso único e intransferible

Cada persona vive el dolor de una manera única, no hay dos duelos iguales de la misma manera que no hay dos personas iguales.

3.- Tiene una cronología indeterminada

El duelo es un proceso complejo, no podemos establecer exactamente cuando empieza ni cuando termina, en algunos casos puede durar toda una vida. En los casos de enfermedad terminal como sucede en la demencia muy avanzada puede comenzar antes del fallecimiento.

4.- Está condicionado por el entorno socio-cultural

Aunque el duelo es una experiencia universal, los ritos y ceremonias que ayudan a afrontar la realidad de la pérdida están influenciados por el entorno socio-cultural en el que nos encontramos.

Tradicionalmente se ha descrito el proceso de duelo mediante una serie de fases o etapas sucesivas por las que el doliente va atravesando a lo largo del tiempo en la resolución del mismo, en cada una de las cuales podemos observar reacciones y patrones de respuesta característicos. El número de fases o de etapas varía de un autor a otro, agrupándolas o subdividiéndolas según su criterio descriptivo, pero en definitiva todos los defensores de estos modelos están de acuerdo en su desarrollo temporal. Aún, hoy en día, la mayor parte de la formación e intervención que se diseña está basada en estos modelos.



La mayoría de los defensores de estos modelos describen el proceso de duelo en cuatro etapas diferenciadas:

1.- Fase de Shock

Comienza en el momento del fallecimiento, el doliente suele encontrarse en una situación de **conmoción e incredulidad** que se caracteriza por un gran desconcierto, embotamiento emocional y un sentimiento de irrealidad con expresiones como "esto no puede ser cierto" ,"no puede ser que esto esté pasando" etc., en esta fase que puede durar desde unas pocas horas hasta algunos días, cuesta mucho mantener un nivel de funcionamiento normal y se observa una gran desorganización en los hábitos de alimentación y sueño , también podemos observar la dificultad para tomar decisiones y asumir responsabilidades, es como si el doliente estuviera en una especie de shock psicológico, por eso en esta fase es muy importante que alguien cercano se ocupe de acompañar a la persona que esta pasando por esta situación y pueda ayudar en las primeras decisiones tras el fallecimiento (cuestiones administrativas, organización de ritos funerarios etc.) Esta conmoción podemos entenderla desde un punto de vista funcional como un elemento de protección ante la gran carga aversiva que produce el dolor de la muerte de alguien querido para nosotros, es como si tuviera una función "anestesiadora".

2.- Fase de Evitación-Negación

Esta fase se caracteriza por una intensa añoranza del fallecido, en esta fase que suele durar entre tres y cuatro semanas se suelen producir episodios de llanto intenso intercalados con períodos de gran ansiedad, tensión y sentimientos de rabia y culpa, poco a poco se va recuperando parte de la funcionalidad habitual pero aún de un modo ansioso y apático, es muy habitual que el apetito disminuya y por tanto haya pérdida de peso. Existe una gran preocupación por la figura perdida y una necesidad de buscar y encontrar al fallecido (conducta de búsqueda), cuando suena el teléfono o se abre la puerta aún reaccionamos como si todo hubiese sido un mal sueño y pudiera volver a estar con nosotros, cuando vamos por la calle y creemos verle o cuando seguimos poniendo su plato en la mesa son algunos ejemplos de esta conducta.

3.- Fase de Desesperación-Entrega al dolor

A medida que va pasando el tiempo, y se van acabando las ceremonias y rituales de despedida y las personas de nuestro entorno que constituyen nuestro apoyo social se tienen que reincorporar a sus actividades habituales es



cuando empezamos a ser conscientes de la magnitud de la pérdida , de lo que significa para nosotros no poder volver a compartir momentos y experiencias con la persona fallecida , a darnos cuenta de las pérdidas secundarias asociadas, de que no hacemos las mismas cosas , no vamos a los mismos sitios, etc. Es una etapa que se caracteriza por una gran desesperación y tristeza, aparecen largos períodos de apatía y desesperanza con ausencia de visión de futuro, tenemos la sensación de que la vida no tiene sentido, hay una ausencia de ilusión y expectativas de futuro, con una sintomatología similar a la depresión, la duración de esta fase suele ser de unos cuatro cinco meses.

4.- Fase de Reorganización-recuperación

A medida que el tiempo pasa y los episodios agudos de pena y desesperación van disminuyendo en frecuencia e intensidad, el doliente empieza a mirar hacia el futuro y a reconstruir su mundo, recuperando poco a poco la esperanza, estructurando el tiempo hacia actividades con proyección de futuro y permitiéndose un progresivo acercamiento a las emociones positivas, planteándose nuevos objetivos y la posibilidad de estar abierto a nuevas relaciones, sin embargo nunca se vuelve al estado anterior a la pérdida, claramente hay un antes y un después. La mayoría de las personas son conscientes de su recuperación a lo largo del segundo año tras la pérdida

Cada vez es mayor el número de investigadores y teóricos del duelo que cuestionan estos modelos de fases o etapas, aunque hablar de fases resulta muy útil a nivel descriptivo y son usadas frecuentemente por los profesionales como un criterio a través del cual podemos evaluar los progresos en la intervención ,la realidad es muy diferente, desde esta perspectiva no podemos explicar la gran variabilidad individual que encontramos en las emociones experimentadas por los dolientes, tanto en la secuencia de las mismas como en su intensidad. Desde esta perspectiva el doliente es visto como un ser pasivo sobre el que el tiempo va haciendo su trabajo.

Sin embargo, algunos autores sostienen que la recuperación de la pérdida de un ser querido es un proceso activo que tiene que ver con los propios recursos del doliente, el duelo no es algo que nos pasa o que nos hacen, el duelo es algo que hacemos.

Neimeyer, uno de los teóricos más relevantes en la actualidad y máximo exponente del enfoque constructivista señala que la muerte de un ser querido supone un cambio sustancial en el mundo interno y externo de cada uno de nosotros, las cosas ya no van a ser iguales, no las vamos a ver de la misma manera, es decir, tienen un significado diferente y este es precisamente el desafío al que nos enfrentamos en nuestra experiencia de duelo, reconstruir nuestro mundo de significados. El duelo es un proceso activo que implica



afrontar decisiones desde el mismo momento de la muerte, si queremos o no ver el cuerpo del difunto, si conservar o deshacernos de sus posesiones, si ritualizamos o no la muerte y de que manera lo hacemos, con quién compartimos nuestra historia de pérdida, en definitiva, lejos de constituir un proceso pasivo como señalan los modelos tradicionales, el duelo puede entenderse como un proceso individual de reconstrucción de nuestra vida, tanto a nivel práctico como existencial, cuyo objetivo no es olvidar a la persona fallecida sino otorgarle un lugar sereno en nuestra experiencia. (Neimeyer, 2002).

Otros autores como Worden (1997) defienden que la recuperación de la pérdida de un ser querido requiere de un período en el que "se trabajen" los pensamientos, los recuerdos y las emociones asociados a la pérdida, desde esta perspectiva el proceso de duelo se convierte en una labor, en la que el doliente debe desarrollar una serie de tareas con las que resolver su duelo. Este autor propone cuatro tareas básicas:

- 1.- Aceptar la realidad de la pérdida asumiendo que la marcha es irreversible, en ocasiones vemos como algunas personas tratan evitar esta realidad guardando todas las posesiones del fallecido con la fantasía inconsciente de tenerlas preparadas para cuando vuelva o convierten su casa en lo que conocemos como "casa museo" en la que todo recuerda a la persona fallecida.
- 2.-Trabajar las emociones y el dolor permitiéndonos mostrar las emociones sin negar el sufrimiento que supone la pérdida
- 3.-Adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no esta presente, desarrollando nuevas habilidades dando sentido a la propia vida.
- 4.-Recolocar emocionalmente al ser querido muerto, teniendo claro que la tarea no consiste en olvidarle sino encontrarle un lugar en nuestra vida psicológica que nos permita continuar viviendo eficazmente.

Una de las cuestiones más debatidas a la hora de pronosticar una adecuada resolución del proceso duelo es en que medida es bueno o no mostrar nuestras emociones, algunos teóricos señalan que una intensa expresión de las emociones ayuda a una mejor resolución del duelo en cambio hay quién señala que mostrar las emociones supone anclarse en el dolor y puede ser un criterio predictor del duelo complicado.

Margaret Stroebe otra autora relevante en el estudio del duelo ,en respuesta a esta controversia, considera que el duelo es un proceso dual, nombre con el que se conoce este modelo y nos dice que la habituación a la



pérdida es un proceso fluctuante y dinámico en el que es necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento, una de ellas está orientada hacia la pérdida donde el doliente puede conectar con el dolor expresando sus sentimientos y otra orientada hacia la reconstrucción donde el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida y se concentra en todo lo que favorece la reorganización (Stroebe, M. 2005)

A pesar de las críticas y de los enfoques alternativos que hemos visto, los modelos de etapas o fases están muy arraigados entre los profesionales y son los más usados como criterio a través del cual evaluar los progresos de la intervención.

¿Qué ocurre en los procesos de demencia en relación con el duelo?

Se puede considerar que el cuidador principal y la familia del enfermo con demencia avanzada, se hallan sometidos a un duelo de características únicas donde por tratarse habitualmente de una enfermedad larga, destaca el carácter anticipatorio del mismo.

Desde estadios moderados se inicia un proceso de pérdidas que si bien tienen que ver con las capacidades del enfermo, son vividas por las figuras más apegadas como atributos de las que se nutría la relación en ausencia de enfermedad. Entre esas pérdidas se encuentra la falta de reciprocidad debido al deterioro cognitivo y funcional, además de la importancia de los síntomas no cognitivos y conductuales derivados (alteraciones de la personalidad, del humor, dependencia emocional y física, etc.) que serán factores disruptivos de la propia relación.

Si bien, durante la fase leve y moderada de la enfermedad hubo tiempo para construir un nuevo rol (el de cuidador), llegada la demencia avanzada, se inicia un proceso de culminación de una pérdida relacional más drástica en términos psicológicos. Esto es debido a la acusada modificación de respuesta al medio humano por parte del enfermo. Durante esta fase aparecerá la conciencia de pérdida que supone el inicio del proceso de duelo.

Como primer factor de riesgo que puede obstaculizar la tarea del duelo anticipatorio tenemos que considerar *la sobrecarga* por los cuidados continuados que requieren estos enfermos. El cansancio acumulado, la irritabilidad y el secuestro relacional al que se ven sometidos muchas veces los cuidadores a lo largo del desarrollo de la demencia impiden las tareas de duelo anticipatorio que en principio favorece este tipo de enfermedad por no encontrar el espacio y tiempo requerido.



La sobrecarga en el cuidado es frecuente que genere una *ambivalencia afectiva* entre el vínculo positivo y *la lealtad* al enfermo y *el secuestro de las propias necesidades vitales y relacionales* y que con frecuencia llevan a los cuidadores a fantasear con la muerte del mismo, más aún si consideramos la

valoración negativa que frecuentemente se hace de la calidad de vida de los mismos (estética, de sufrimiento, de vegetativa, etc.).

Esta ambivalencia será génesis de otro sentimiento perturbador en el proceso. *La culpa*. Este será un aspecto que más adelante volveremos a considerar.

Otros factores de riesgo son la falta de recursos de apoyo social, la carencia de recursos propios de afrontamiento por tipo de personalidad, personas sin capacidad para pedir ayuda, poner límites, etc. También podemos considerar la falta de recursos económicos que en muchas ocasiones es otro efecto de la enfermedad (sobre todo en enfermos preseniles que cesaron su rol de sustento instrumental para el núcleo familiar).

En estos casos y como ocurre en general en los procesos de duelo puede darse una *negación de la pérdida* que si bien afectivamente se trata de una no aceptación de la pérdida relacional (de las necesidades que esta satisfacía) en términos más visibles se presenta como una *no aceptación y/o evitación* de la retrogénesis funcional y cognitiva que esta supone.

Son cuidadores y/o familiares que no aceptan la enfermedad como tal, que les cuesta otorgar la causa de los problemas a la enfermedad y que responsabilizan al enfermo y a los especialistas (que no saben tratar la enfermedad) llegando a "*mantener en pie*" al enfermo, cuando lo que necesita es descanso. Son los casos que no colaboran con las indicaciones clínicas sometiendo a sus familiares a sobreestimulación psicológica y llegando a realizar prácticas de cuidado que rallan la negligencia si se es riguroso en cuanto a los cuidados requeridos por los dementes en estadios avanzados de la enfermedad. Son familiares que frecuentemente entran en conflicto con cuidadores profesionales cuando no les ha quedado más remedio que recurrir a ellos.

En los casos donde se decide delegar los cuidados a una residencia la tarea de duelo puede verse favorecida u obstaculizada teniendo en cuenta que es sumar otra tarea o proceso (delegar cuidados) y que dependerá de las circunstancias del ingreso y del grado de elaboración anticipada de la pérdida en cuanto a reestructuración de la propia vida y dolor expresado previo al



ingreso. Por ejemplo: una cuidadora que se ve presionada por otros miembros de la familia a ingresar a su familiar en una residencia.

Desde el punto de vista de la atención biopsicosocial que el enfermo demente y su familia precisa, el sistema asistencial tiene que considerar que el duelo es un proceso a cuidar y facilitar con el fin de evitar situaciones difíciles y señalar que estos familiares pueden ser "perdidos" por el contrato asistencial donde el acompañamiento se suele terminar cuando la persona fallece y sin embargo la tarea de duelo continua.

Tampoco nos podemos olvidar de los cuidadores profesionales. Si a lo largo de la relación de cuidado se ha generado un vínculo positivo, será necesario que elaboren adecuadamente la pérdida tanto de manera anticipatoria como durante y después del fallecimiento. El medio asistencial tiene que favorecer no solo recursos para un buen desempeño, sino recursos para la expresión de sentimientos y emociones que faciliten la recogida del dolor por *la pérdida relacional y afectiva significativa*.

Es importante tener en cuenta que en muchas condiciones de desempeño de los cuidadores profesionales puede existir barreras para la participación en los momentos de gravedad y aproximación de la muerte del enfermo como pueden ser decisiones exclusivamente médicas, familiares, etc., que no son informadas a los cuidadores de referencia. Es importante que existan vías para la participación y consideración de estos profesionales a los que las organizaciones de cuidado les puede llegar a desautorizar el duelo por no tener en cuenta sus necesidades.

Por ejemplo; son frecuentes los casos en que nos hemos encontrado con cuidadoras y cuidadores formales que por desinformación se han quedado "tocados" por su percepción de que sus enfermos murieron sin la asistencia médica oportuna y adecuada.

¿Cómo podemos acompañar, cuidar, y orientar a los cuidadores?

Según el modelo Dual del duelo Stroebe, M. (2005) los familiares y cuidadores de enfermos con demencia avanzada tienen que activar la función de contacto con el dolor que supone la pérdida relacional de su familiar mediante la expresión de las emociones y sentimientos, y por otro lado orientarse hacia la reconstrucción de los ajustes externos requeridos, concentrándose en todo lo que favorece la reorganización y reestructuración personal.



Si bien decíamos que el duelo es un proceso dinámico y cambiante entre las dos funciones, será frecuente encontrar cuidadores que tengan descompensada la balanza a favor de una u otra función. En este sentido acompañar a los cuidadores supone valorar hacia donde se inclina la balanza y facilitar recursos que la equilibren, es decir, si la balanza se inclina hacia las tareas de reconstrucción y reorganización, se favorecerá la expresión emocional y viceversa.

Si la función está más inclinada hacia la toma de contacto con el dolor y existe poca activación de conductas orientadas al ajuste con el medio, el apoyo y la orientación terapéutica tendrá que ofrecer ayudas facilitadoras de ajuste como la búsqueda de apoyo social, la organización del tiempo, la solución de problemas, el establecimiento de límites, el autocuidado, distracción, etc.

Si la función está inclinada hacia las tareas de reconstrucción y existe poca o nula expresión emocional, se puede favorecer la toma de contacto de manera progresiva y respetando el ritmo del doliente mediante la satisfacción de las necesidades relacionales no satisfechas durante el proceso de pérdida. La figura o figuras de apoyo al cuidador tendrán que generar un vínculo que ofrezca un espacio psicológico de seguridad que partiendo de la otorgación de permisos facilite la compensación de las necesidades relacionales dañadas por la pérdida. Estas necesidades son la seguridad psicológica, la validación de la experiencia propia, la necesidad que todos tenemos de presencia de una figura estable y consistente, la autodefinición en la relación, la necesidad de que otro tome la iniciativa por nosotros, la necesidad de impactar con un efecto deseado en el otro y la necesidad de recibir y expresar afecto positivo. (Erskine,1999).

Si lo que predomina es la culpa como consecuencia de la ambivalencia afectiva fruto del conflicto entre la lealtad y los sentimientos agresivos hacia el enfermo es importante indagar y facilitar la experiencia de cuidado en relación a los pensamientos, sentimientos, ideas, fantasías, y conductas que hallan formado parte de su historia como cuidador y tras los mismos poder comunicar la aceptación, el valor, sentido y significación a la función de los mismos. Este proceso se denomina validación y es una necesidad relacional que ha de situarse entre la facilitación de la expresión de la experiencia y la normalización de la misma. (Erskine, 1999).

Desde nuestro punto de vista los cuidadores con larga y dificultosa historia de cuidados como es el caso que nos trae, tienen la necesidad de que su experiencia sea validada y aceptada como paso previo a normalizar una experiencia que esconde sentimientos avergonzantes, encontrados y de difícil manejo para el sufriente.



Por último es importante destacar que los dispositivos asistenciales para el abordaje de estos procesos de duelo pasan por la intervención individual y mediante grupos de apoyo para cuidadores y familiares como recursos preventivos. Psicoterapia individual y grupos terapéuticos en el caso de procesos complicados (Payás, 2007).

Consideraciones sobre el Duelo en personas mayores con deterioro cognitivo moderado y grave.

Frecuentemente nos encontramos con situaciones donde el mayor con deterioro cognitivo sufre una pérdida significativa. Esta pérdida puede ser la del cuidador principal, la del cónyuge que convive con el enfermo en la residencia, la de un hijo o nieto con quién mantiene un vínculo especial, etc. En estos se da lo que llamamos un tipo de "duelo desautorizado" (Payás, 2005) ya que socialmente y de manera paradójica se considera que las personas mayores y los discapacitados en general (caso de las demencias) no tienen recursos para afrontar la pérdida y por lo tanto exponerles personal y socialmente a la misma sería un riesgo innecesario que complicaría su situación ya de por sí complicada y desfavorecida.

Podemos afirmar que las personas con deterioro cognitivo tienen, al igual que los demás, la necesidad de ser protegidos y acogidos en su dolor y los emocionales para hacerlo. Tras esta sobreprotección orquestada por entorno familiar que desautoriza la vivencia del duelo en estas personas nos enfrentamos a la génesis de duelos invisiblemente complicados de difícil diagnóstico dada la situación previa de enfermedad y pluripatología, tan común en los pacientes geriátricos afectados de diverso tipo de deterioro cognitivo. El duelo enmascarado complica la situación mental y física del enfermo achacándolo al proceso de demencia, a la mala adaptación al centro, etc. Lo cual complicará a su vez todo el proceso relacional y de cuidado.

En estos casos, los equipos tienen una tarea doble, acoger y apoyar el dolor de la familia y ayudarles a acompañar al enfermo discapacitado y también doliente a realizar el proceso de duelo con los recursos emocionales y sociales disponibles. En general, el ambiente residencial que implica a mayores, cuidadores profesionales, enfermeras, médicos, etc., debe evitar el silenciamiento de la muerte como hecho cotidiano y generar espacios, rituales, y mecanismos para acoger la presencia del dolor como realidad habitual en las residencias.

En definitiva se trata de abordar la paradoja de prevenir una situación complicada mediante acciones que por miedo, inseguridad, o falta de recursos, se desea evitar.



Conclusión

El progresivo aumento de la incidencia y prevalencia de la demencia senil en general y de la demencia avanzada en particular supone un impacto psicosocial que afecta directamente los familiares y cuidadores informales. Es importante destacar la carencia de profesionales, programas y protocolos que contemplen de manera rigurosa el abordaje del duelo en los procesos de demencia tanto en comunidad como en instituciones y que aborde las necesidades de enfermos, cuidadores, familiares y profesionales. Las intervenciones bien estructuradas facilitarán la detección de factores de riesgo a intervenir y detectarán situaciones que requieran de intervenciones psicoterapéuticas específicas.

Los procesos del duelo asociados a las enfermedades neurodegenerativas en estadios avanzados merecen una atención especial y adecuada a sus características propias. Los profesionales de la psicología podemos y bebemos aportar nuestros conocimientos y experiencia para acompañar y ayudar a resolver los mismos con la finalidad de ofrecer una asistencia psicosocial integral a los enfermos y sus familias.

BIBLIOGRAFIA:

1. Barreto P. & Soler M.C., *Muerte y duelo*, Madrid, Síntesis 2007
2. Erskine, R. (1999): *Beyond empathy. A therapy of contact-In relationship*. Brunner/Mazzel . New York.
3. Erskine R. & Mousund J., *Integrative Psychotherapy in Action*, Gestalt Journal Press, 1998
4. Kubler-Ross E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, 1993 Barcelona
5. Nomen L. *El duelo y la muerte*. Madrid, Pirámide 2007.
6. Payás, A. (2005): *Intervención psicoterapéutica en procesos de duelo desde un modelo integrativo*. Apuntes docentes.
7. Payás, A. (2007). *Duelo en oncología*, Intervención grupal en Duelo, p 169-182. Sociedad Española de Oncología médica. (SEOM).
8. Schut H. & Stroebe M. , *Interventions to enhance Adaptación to Bereavement*. Journal of Paliative Medicine. 2005
9. Robert A. Neimeyer, *Aprender de la pérdida*, Barcelona, Paidós 2002
10. Worden J. M., *El tratamiento del duelo:asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, Paidós 1997.