

¿Qué pasa después de la muerte de mi ser querido?: estudio descriptivo sobre la prevalencia de Duelo Complicado en familiares de pacientes atendidos por un equipo de Cuidados Paliativos durante la pandemia por Covid-19

What happens after the death of my loved one? A descriptive study on the prevalence of Complicated Grief in relatives of patients attended by a Palliative Care team during the Covid-19 pandemic

Colomba Prado-Macchiavello^{2,2} , Pedro Pérez-Cruz^{1,2} , Joel Castellano-Soto² , Ofelia Leiva-Vázquez^{1,*} 

Resumen

Durante la pandemia de COVID-19 aumentó el riesgo de duelo complicado (DC), pero existe escasa información sobre la realidad en Chile. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de DC de los familiares de pacientes fallecidos que fueron atendidos por el programa de acompañamiento en fin de vida del equipo de cuidados paliativos en el Hospital UC CHRISTUS. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo utilizando 2 encuestas telefónicas (Inventario de Duelo Complicado (IDC) y Encuesta de satisfacción de fin de vida) a familiares de pacientes fallecidos en el Hospital UC CHRISTUS durante agosto del año 2020 y enero del año 2021. **Resultados:** De 63 familiares atendidos, 18 completaron el seguimiento (edad promedio fue 52 años; 72% con educación superior). A 1-2 años del fallecimiento, la prevalencia de DC fue de 33,3%. Se observó alta satisfacción con el cuidado: percepción de muerte en paz (94%), control de síntomas (83%) y preparación para la muerte (83%). No obstante, el 77% de los familiares no recibió seguimiento posterior al fallecimiento. **Conclusiones:** Pese a la baja respuesta, se evidencia una alta prevalencia de DC, similar a la descrita a nivel mundial. La persistencia de síntomas tras dos años destaca el impacto emocional de la pandemia, confirma la relevancia de los factores que rodean la muerte y la importancia de realizar un seguimiento continuo en cuidados paliativos. Limitaciones como la baja tasa de respuesta y el reducido tamaño de la muestra son críticas y afectan la calidad y aplicabilidad de los resultados de este estudio.

Palabras claves: duelo; duelo complicado; COVID-19; pandemia; cuidados paliativos

Abstract

During the COVID-19 pandemic, an increase in the prevalence of complicated grief (CG) was estimated, yet data in Chile remains scarce. **Objective:** To identify the prevalence of CG in relatives of deceased patients who attended the end-of-life accompaniment program at UC CHRISTUS Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study using telephone surveys (Inventory of Complicated Grief (ICG) and Satisfaction with End-of-Life Care) to relatives of deceased patients at the UC CHRISTUS Hospital seen between August 2020 and January 2021. **Results:** Of 63 relatives, 18 completed the follow-up (mean age 52 years; 72% with higher education). At 1-2 years after death, CG prevalence was 33%. High satisfaction was reported: peaceful death (94%), symptom control (83%), and preparedness for death (83%). However, 77% of relatives received no bereavement follow-up. **Conclusion:** Despite the low response rate, results reveal a high prevalence of CG, consistent with global data. The persistence of symptoms after 2 years highlights the pandemic's emotional impact, reaffirms the relevance of factors surrounding the end-of-life process, and underscores the need for continuous follow-up protocols in palliative care. Limitations, such as the low response rate and small sample size, are critical and affect the quality and applicability of this study's results.

Keywords: Grief; Complicated grief; COVID-19; Pandemic; Palliative care

Fecha de envío: 25-06-2025 - Fecha de aprobación: 21-11-2025

Introducción

El proceso de duelo ante el fallecimiento de un ser querido es considerado una reacción normal y esperable ante la pérdida (Mason *et al.*, 2020). Aunque su intensidad generalmente disminuye con

el tiempo (Parro-Jiménez *et al.*, 2021), en algunas personas este proceso puede volverse complejo y persistente (Lundorff *et al.*, 2017). Históricamente, se han utilizado diversos términos como

(1) Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

(2) Sección Cuidados Paliativos. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

*Autora de correspondencia: opleiva@uc.cl



“duelo patológico” o “duelo complicado” para referirse a una respuesta persistente, intensa y desadaptativa que interrumpe el funcionamiento vital. El concepto clínico estandarizado más reciente es el trastorno de duelo prolongado (TDP), incorporado en 2022 al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión revisada (DSM-5-TR) (Killikelly *et al.*, 2021). No obstante, en esta investigación se mantendrá el término de duelo complicado (DC), por ser el constructo evaluado mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC).

La dificultad en conceptualizar el DC ha generado deficiencias en su estudio e identificación (Parro-Jiménez *et al.*, 2021). Aproximadamente el 10-15% de las personas podría experimentarlo (Mason *et al.*, 2020), aumentando el riesgo de alteraciones físicas y emocionales (Haber *et al.*, 2007; Miyajima *et al.*, 2014; Parro-Jiménez *et al.*, 2021). Diversos factores, como los recursos individuales, el apoyo social y las circunstancias de la pérdida, afectan el riesgo de desarrollar DC (Lacasta-Reverte & García-Rodríguez, 2020). La prevención y detección temprana del DC puede garantizar un cuidado de calidad en el final de la vida, facilitar la adaptación a la pérdida (Nielsen *et al.*, 2016; Yamaguchi *et al.*, 2017) e incluso mejorar la reputación hospitalaria al disminuir la carga del personal (Carey *et al.*, 2018).

Los cuidados paliativos (CP) buscan responder al sufrimiento total mediante un cuidado integral (De Antueno & Silberberg, 2018; Rojas Vega, 2019). La Organización Mundial de la Salud (2020) destaca que estos programas deben incluir la atención psicológica durante el duelo (Yamaguchi *et al.*, 2017). Previo al fallecimiento, factores circunstanciales del fin de vida pueden volverse un riesgo a desarrollar DC, así como la insatisfacción con la atención al final de la vida (incluyendo la explicación sobre el estado de salud y costos económicos) que también se relaciona con mayor riesgo de DC a los seis meses (Miyajima *et al.*, 2014). Nielsen *et al.* (2016) vincula no sólo las pérdidas previas del cuidador con el DC, sino también señala que la baja preparación ante la muerte y el alto estrés previo se asocian a una mala adaptación al duelo. Por el contrario, una mayor preparación (a través de conversaciones con familiares sobre el fin de vida) se relaciona con menos síntomas depresivos, menor riesgo de DC y una mejor calidad de muerte (Yamaguchi *et al.*, 2017), lo que enfatiza la necesidad de una intervención precoz.

Pese a lo anterior, se estima un déficit global tanto a un acceso a los CP (Organización Mundial de la Salud, 2020; Pastrana *et al.*, 2013) como también a la identificación de personas que han desarrollado un DC (Carey *et al.*, 2018; Lunderoff *et al.*, 2017). Esto deja a una población vulnerable sin recibir cuidados integrales, aumentando la prevalencia de DC en familiares (Arribas Carreira, 2017).

Investigaciones retoman el tema tras la crisis por Covid-19, donde el distanciamiento y la incapacidad de despedidas se convierten en factores circunstanciales de riesgo de duelo traumático (Payàs, 2020) y, por ende, de DC. Esto destaca la necesidad de equipos especializados en fin de vida, dada la dificultad de los profesionales de la salud para abordar la muerte con pacientes y familiares (Rosa *et al.*, 2021). Durante la pandemia, se proyectó un aumento de la prevalencia de DC, llegando incluso a un 30-38% (Downar *et al.*, 2022). Internacionalmente, se resaltó la importancia de abordar despedidas, atención espiritual y afrontamiento temprano para prevenir el DC (Araujo *et al.*, 2020). En Chile, surgieron iniciativas para reducir riesgos, como el proyecto de acompañamiento en fin de vida del Hospital Clínico UC CHRISTUS (Anexo 1). Este equipo interdisciplinario buscó proporcionar un manejo integral y oportuno a pacientes y sus familiares, además de documentar los casos de DC posterior a la pandemia por Covid-19.

A pesar de estos esfuerzos, aún no hay evidencia que aclare la prevalencia del DC en las familias en duelo en nuestro país. Esta investigación busca conocer la prevalencia de DC en familiares de pacientes fallecidos que fueron atendidos por el programa de acompañamiento en fin de vida del equipo de cuidados paliativos en el Hospital UC CHRISTUS.

Pacientes y método

Objetivos

- Conocer la prevalencia de DC de familiares de pacientes fallecidos durante la pandemia COVID-19, que fueron beneficiarios del proyecto de acompañamiento de fin de vida UC, mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC).
- Describir las características de los pacientes fallecidos a través de los datos demográficos recolectados rutinariamente durante la hospitalización.
- Conocer la experiencia de los familiares de los pacientes atendidos por un programa de acompañamiento en fin de vida a través de una encuesta de satisfacción.

Diseño del estudio

Estudio descriptivo retrospectivo con base en encuestas telefónicas realizado en el Hospital Clínico UC CHRISTUS de Santiago de Chile. Se evaluó a los familiares de pacientes fallecidos entre el mes de agosto del año 2020 al mes de enero del año 2021. Se entiende por familiar a la persona nombrada como tutor principal durante la hospitalización, siendo familiares directos o cercanos del fallecido, viviendo un proceso de duelo por el fallecimiento de su ser querido, como reacción natural de adaptación a la pérdida.

Como *outcome* principal, se buscó la prevalencia de DC. Se utilizó una metodología cuantitativa vía telefónica/videollamada usando el Inventario de Duelo Complicado (IDC) (Anexo 2), donde un puntaje mayor a 25 puntos (en la suma de sus 19 ítems) indica la presencia de DC.

Como *outcome* secundario, se evaluaron las características de los pacientes y sus familiares atendidos a través de la revisión de fichas y registros clínicos. Asociado a lo anterior, se evaluó la experiencia de los familiares durante el proceso de fin de vida del paciente y su relación con la presencia de DC a través de una encuesta de satisfacción con el cuidado basada en el modelo expuesto por Fernández-Isla *et al.* (2016) (Anexo 3). Esta encuesta contiene 19 preguntas en donde en una primera parte se recaba información

básica sociodemográfica del familiar, parentesco con el fallecido y, una segunda parte, en donde se expone un número determinado de preguntas cerradas relativas a la calidad de la atención recibida.

Ambos cuestionarios se consideraron adecuados para la aplicación remota (telefónica/videollamada) dado que son instrumentos de auto-reporte y el formato de la entrevista fue estandarizado.

Participantes

La obtención de la muestra se realizó a través del registro de pacientes evaluados por el equipo de cuidados paliativos del Hospital UC CHRISTUS con los criterios de inclusión y exclusión descritos en la Tabla 1.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión de los participantes del estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser familiar de un paciente mayor de edad que haya sido hospitalizado en una unidad de hospitalización básica o en una unidad de tratamientos intermedios del Hospital UC CHRISTUS, Santiago de Chile.	No ser familiar cercano del paciente fallecido
Haber sido atendido por el equipo de cuidados paliativos y el programa de acompañamiento en fin de vida de este mismo	Ser un familiar menor a 18 años de edad
Haber sido atendido entre los meses de agosto 2020 y enero 2021	No haber sido atendido por el equipo de cuidados paliativos del Hospital UC CHRISTUS
Tener un familiar que haya fallecido por causa de muerte por Covid-19 o no Covid-19 (oncológico y no oncológico)	Estar viviendo un duelo por el fallecimiento de un ser querido hace menos de 6 meses
Estar viviendo un duelo por la muerte de un ser querido de al menos 6 meses (tiempo estimado para evaluar el riesgo de desarrollar DC)	

Una vez obtenida la muestra, la psicóloga miembro del equipo de cuidados paliativos del Hospital UC CHRISTUS y partícipe del proyecto de acompañamiento en fin de vida fue quien realizó las llamadas telefónicas al familiar del paciente fallecido en donde se invitó a participar explicando el objetivo del estudio, el tiempo requerido, los posibles riesgos asociados al malestar emocional y cómo se abordaría durante la investigación. Si el individuo aceptaba libremente participar del estudio, se consultaba cuándo le gustaría iniciar su participación y la modalidad de preferencia (sólo telefónica o con videollamada). A partir de su respuesta anterior, se inició la lectura del consentimiento informado (Anexo 4) oral pidiendo autorización del registro de su respuesta.

Recolección de datos

Luego del registro del consentimiento informado, se procedió a responder los siguientes cuestionarios:

- Inventario de duelo complicado (IDC)
- Encuesta de satisfacción del cuidado en fin de vida

Las llamadas, con una duración promedio de 20-30 minutos, fueron realizadas por la psicóloga del equipo. Las respuestas se ingresaron posteriormente a una base de datos codificada, garantizando confidencialidad y anonimato. Para el análisis de datos, se utilizó el programa STATA 17.

Consideraciones éticas

Este estudio, aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID: 211012004), tiene como premisa fundamental contribuir a la prevención y bienestar de personas expuestas a procesos complejos y emocionalmente demandantes. Para asegurar la integridad, todo contacto con participantes lo realizó una profesional especializada en fin de vida y duelo, guiada por el principio de no causar daño. Se informó plenamente a los participantes, advirtiéndoles sobre posible malestar emocional y ofreciendo la libertad de retirarse en cualquier momento. Se respetó la elección de modalidad y se obtuvo un consentimiento informado verbal. La confidencialidad y anonimato fueron garantizados mediante codificación de datos, y el acceso a la base de datos se limitó al equipo de investigación. En caso de identificar participantes en alto riesgo de DC, se les ofreció derivación a apoyo psicológico tras el análisis de resultados.

Resultados

De los 63 participantes atendidos por el programa de acompañamiento en fin de vida del Hospital UC CHRISTUS, se logró contactar a 25 familiares, de los cuales 18 aceptaron participar. Características sociodemográficas se detallan en la Tabla 2. Según el IDC (Tabla 3), se observó una prevalencia del 33% (6) a 1-2 años después del fallecimiento. En cuanto a la atención en el fin de vida (Tabla 4), el 94% (17) indica que su familiar murió en paz, con adecuado control de síntomas (83%). La percepción de preparación ante la muerte es alta (83%), con trato amable en el 100% de las ocasiones. Se destaca información adecuada del equipo (67%) y atención emocional al paciente (78%); sin embargo, la percepción de atención emocional dirigida al cuidador fue menor (56%). A pesar de ello, la satisfacción con la atención recibida obtiene una nota promedio de 9/10. En otro aspecto, el 77% (14) de los familiares no fue contactado por el equipo después del fallecimiento, y el 78% no sabe si esto ha afectado su proceso de duelo (la distribución detallada de la satisfacción por ítem se encuentra disponible en el Anexo 5).

Tabla 2: Características sociodemográficas y variables descriptivas de la muestra

Variable	Total muestra (18)
Edad (años)	52 (42-62)
Sexo	
• Mujer	10 (55,6%)
• Hombre	08 (44,4%)
Parentesco	
• Esposo (a)	07 (38,9%)
• Hijo (a)	06 (33,3%)
• Otro (a)	05 (27,8%)
Nivel educacional	
• Media completa	05 (27,8%)
• Universitaria Completa	09 (50%)
• Posgrado	04 (22,2%)
Lugar de Fallecimiento	
• Casa	04 (22,2%)
• Hospital	14 (77,8%)
Familiar falleció de COVID	
• Sí	4 (22,2%)
Familiar falleció de cáncer	
• Sí	10 (55,6%)

Tabla 3: Resultados descriptivos del inventario de duelo complicado (IDC): prevalencia e ítems con mayor puntuación

Indicador	Resultado	Porcentaje (n)
Prevalencia de duelo complicado (IDC > 25)	Sí	33,3% (n=6)
Síntoma con mayor frecuencia: Anhelos de la persona fallecida)	Siempre + a menudo	94,5% (n=17)
Otros síntomas altos (Siempre + a menudo)	Atracción por lugares/objetos relacionados a la persona	55,5% (n=10)
	Negación de la pérdida	33,4% (n=6)
	Amargura por la pérdida	33,3% (n=6)

Tabla 4: Indicadores clave de satisfacción global y apoyo post-fallecimiento

Pregunta	Respuesta positiva (Sí / mejor valoración)	Respuesta problemática (No / baja valoración)
Valoración global satisfacción	9 (Mediana)	N/A
Muerte en paz	Sí: 94,4% (n=17)	No/No Sabe: 5,6% (n=1)
Atención emocional al paciente	Sí: 77,8% (n=14)	Regular/No/No Sabe: 11,2% (n=2)
Atención emocional al cuidador	Sí: 55,6% (n=10)	Regular/No/No Sabe/No Contesta: 44,4% (n=8)
Contacto posterior (Seguimiento)	Sí: 22,2% (n=4)	No: 77,8% (n=14)
Duelo posterior (sirvió el contacto)	Sí: 16,7% (n=3)	No: 5,6% (n=1) / No sabe/No Contesta: 77,8% (n=14)

La distribución completa de frecuencias por cada ítem de la encuesta de satisfacción se presenta en el Anexo 5

Discusión

Este estudio descriptivo aporta información valiosa sobre la prevalencia de DC en familiares de pacientes fallecidos durante la pandemia por Covid-19. Este indicador es crucial para la reasignación de recursos y estrategias de prevención en esta población vulnerable, cobrando especial relevancia tras una catástrofe global cuyo impacto real aún estamos comprendiendo.

En comparación con otros países, la muestra se acerca a las estimaciones de DC, alcanzando un 33% incluso 1-2 años después del fallecimiento. Estos altos índices de persistencia concuerdan con

estudios como el de Downar *et al.* (2022), que observó una carga de síntomas de duelo mayor que en tiempos pre-pandémicos. Esto podría reafirmar la importancia de los factores circunstanciales previos a la muerte, donde las condiciones traumáticas favorecen la persistencia e intensidad de los síntomas (Parro-Jiménez *et al.*, 2021). Además, autores como Pan & Liu (2021) refieren que existe un factor cultural que juega un rol relevante a la hora de estudiar la prevalencia de DC y que podría en parte explicar las diferencias en los índices de prevalencia observada en distintas poblaciones, destacando la importancia de realizar estudios propios de cada contexto.

En la encuesta de satisfacción se observa que, a pesar de lograr un alto porcentaje de satisfacción con los cuidados, en donde los familiares percibieron en su mayoría que su ser querido tuvo una muerte en paz, con buen control de síntomas físicos y emocionales, recibiendo un trato amable, una adecuada comunicación con el equipo y percepción de estar preparados para la muerte; esto no fue suficiente para prevenir el desarrollo de un DC. Lo anterior podría relacionarse con la baja percepción del cuidado emocional del familiar, particularmente del cuidador (56%), y con la baja tasa de seguimiento posterior al fallecimiento (el 77% de los cercanos no tuvo más contacto con el equipo de cuidados paliativos). La coexistencia de alta satisfacción con la atención de fin de vida y la alta prevalencia de DC (33%) sugiere que la satisfacción no excluye el DC, y que otros mecanismos como duelos previos, vulnerabilidad personal o la ausencia de seguimiento, pueden ser factores determinantes. Los resultados podrían ser una oportunidad y desafío para los equipos para re-estructurar su forma de trabajo y esfuerzos por apoyar a los familiares de forma longitudinal en su proceso de duelo.

Finalmente, es crucial abordar las limitaciones de este estudio, que exigen una interpretación prudente de los resultados. La más importante es la baja tasa de respuesta y el pequeño tamaño muestral, lo que compromete la representatividad y generalización de la prevalencia, afectando la robustez estadística. Se debe considerar el riesgo de sesgo de memoria al evaluar eventos pasados 1-2 años y la falta de preguntas directas sobre otros factores de riesgo. Para futuras investigaciones, se requiere superar estas limitaciones mediante una evaluación más detallada de los factores de riesgo asociados al DC. Esto ayudará a comprender mejor los elementos que contribuyen a los síntomas persistentes. También se sugiere explorar estrategias para mejorar la tasa de respuesta, considerando la sensibilidad del tema. La implementación de estudios longitudinales ofrecería una visión más precisa de la evolución del DC, mientras que las comparaciones interculturales podrían guiar la adaptación de estrategias de intervención a contextos específicos, fortaleciendo la investigación en psicooncología y cuidados paliativos.

Conclusión

El presente estudio sobre la prevalencia de DC en familiares de pacientes fallecidos durante la pandemia por Covid-19, atendidos por el equipo de CP del Hospital UC CHRISTUS, proporciona información valiosa acerca de su proceso de duelo. El estudio revela una prevalencia significativa (33%) de DC en familiares hasta 1-2 años después del fallecimiento del ser querido. Este hallazgo resalta la magnitud del impacto emocional persistente en esta población.

Aunque la mayoría expresó alta satisfacción con los cuidados, este factor no fue suficiente para prevenir el DC. La limitada atención emocional posterior al fallecimiento subraya la importancia de un seguimiento continuo. La baja tasa de respuesta y el reducido tamaño de la muestra son limitaciones críticas que afectan la calidad y aplicabilidad de los resultados, las cuales deben ser consideradas cuidadosamente al interpretar y aplicar los hallazgos a contextos clínicos y de investigación más amplios.

Reconocimientos

Conflicto de Interés: Ningún autor declara conflicto de intereses. Trabajo presentado de forma oral en el III Congreso Sociedad Médica de Cuidados Paliativos Chile, 2023

Fuentes de financiamiento: Proyecto financiado por el comité de investigación del Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Contribuciones de los autores según CREDIT:

CPM: Conceptualización, implementación (realización de llamadas y aplicación de instrumentos), redacción del borrador original.

OLV: Conceptualización, Adquisición de financiamiento, metodología, supervisión, redacción (revisión y edición), visualización, validación.

JCS: Análisis formal (análisis estadístico), curación de datos.

PPC: Supervisión, validación.

Agradecimientos

Agradecemos al Proyecto de Acompañamiento en fin de vida, impulsado por el Dr. Flavio Nervi, que contribuyó a una muerte más digna, en paz y acompañada en medio de una crisis mundial. Agradecemos también al Departamento de Medicina Interna de la Pontificia Universidad Católica de Chile por el financiamiento. Finalmente, extendemos nuestro reconocimiento a todo el equipo de Cuidados Paliativos del Hospital UC CHRISTUS por su entrega, dedicación y espíritu de crecimiento para proveer un cuidado de calidad y humanizado a todos sus pacientes y seres queridos.

Referencias

- Araujo, M., García, S., & Bego, E. (2020). *COVID-19 resource centre*. Elsevier Connect.
- Arribas Carreira, C. (2017). *Proceso de duelo complicado o patológico en las familias: Papel de enfermería* [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM.

- Carey, E., Dose, A., Humeniuk, K. M., Kuan, Y. C., Tilburt, J. C., & Koenig, B. (2018). The experience of hospital death: Assessing the quality of care at an academic medical center. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 189–197. <https://doi.org/10.1177/1049909117704817>
- De Antueno, P., & Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona y Bioética*, 22(2), 367–380. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.11>
- Downar, J., Parsons, H. A., Cohen, L., Besserer, E., Adeli, S., Gratton, V., & Isenberg-Grzeda, E. (2022). Bereavement outcomes in family members of those who died in acute care hospitals before and during the first wave of COVID-19: A cohort study. *Palliative Medicine*, 36(4), 712–721. <https://doi.org/10.1177/02692163221074551>
- ez-Ruiz, J. S. (2016). Grado de satisfacción de los cuidadores principales de pacientes seguidos por los equipos de cuidados paliativos. *Semergen*, 42(7), 476–481. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.013>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1–2), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Killikelly, C., Smid, G. E., Wagner, B., & Boelen, P. A. (2021). Responding to the new International Classification of Diseases 11 prolonged grief disorder during the COVID-19 pandemic: A new bereavement network and three-tiered model of care. *Public Health*, 191, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.015>
- Lacasta-Reverte, M. A., & García-Rodríguez, E. (2020). *El duelo en cuidados paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End of Life & Palliative Care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Miyajima, K., Fujisawa, D., Yoshimura, K., Ito, M., Nakajima, S., Shirahase, J., & Guldin, M. B. (2014). Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1025–1031. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0519>
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end of life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pan, H., & Liu, F. (2021). The prevalence of complicated grief among Chinese people at high risk: A systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 45(6), 480–490. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648332>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2), 189–202. <https://doi.org/10.6018/analesps.430881>
- Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J. J., & Centeno, C. (2013). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*. IAHPIC Press.
- Payàs, A. (2020). *Duelo por COVID-19: Retos terapéuticos en su abordaje*. Instituto IPIR.
- Rojas Vega, O. Y. (2019). *Efectividad de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Institucional Wiener.
- Rosa, W. E., Ferrell, B. R., & Mason, D. J. (2021). Integration of palliative care into all serious illness care as a human right. *JAMA Health Forum*, 2(4), e211099. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1099>
- Yamaguchi, T., Maeda, I., Hatano, Y., Mori, M., Shima, Y., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2017). Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.008>