



**UNIVERSIDAD  
CAMILO JOSÉ CELA**

**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO  
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y SALUD  
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud**

**Tesis Doctoral**

# **Predictores de la culpa en el duelo complicado**

**Dulce Camacho Regalado**

**Director**

**Miguel Ángel Pérez Nieto**

**Tutor**

**Miguel Ángel Pérez Nieto**

**Madrid, 2018**





ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO  
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y SALUD  
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**Tesis Doctoral**

# **Predictores de la culpa en el duelo complicado**

**Dulce Camacho Regalado**

**Director**

**Miguel Ángel Pérez Nieto**

**Tutor**

**Miguel Ángel Pérez Nieto**

**Madrid, 2018**



A Sara, la luz que ilumina mi camino

A Gemma, el motor de mi vida

A Bosco, la alegría de mi vida



## AGRADECIMIENTOS

A mi hija Sara, su ausencia ha guiado mis pasos hasta aquí. Siempre te llevo en mi corazón y en mi recuerdo.

A mi hija Gemma, por su amor infinito, sus palabras de ánimo y confianza, siempre dispuesta a apoyarme en todo.

A mi madre, aunque no pudiste acompañarme hasta el final de este trabajo, siempre has estado a mi lado y me has apoyado.

A Fran, su cariño siempre me conmueve.

A mis hermanos, por su cariño y su reconocimiento. Siempre puedo contar con vosotros.

A mi director de tesis, el Dr. Miguel Ángel Pérez Nieto, por su apoyo y entusiasmo y por creer en mí más que yo misma.

Al Dr. Fernando Gordillo León, por sus valiosas aportaciones.

A mis compañeras de la Asociación Alaia, Mari Carmen y Clara, por estar siempre ahí.

A Roberto Fuertes, presidente de la Asociación Alaia, su inestimable apoyo y cariño y su sentido del humor hacen más fácil mi labor.

A todas las personas en duelo que generosamente han contribuido a esta tesis doctoral, sin ellas no habría sido posible. Gracias de todo corazón.



## NOTA DE LA AUTORA

Esta tesis recoge los resultados más relevantes de la actividad investigadora desarrollada a lo largo de este doctorado. Parte de sus resultados han sido incluidos en los artículos científicos publicados en revistas relevantes del área de estudio y que son requeridos, como condición necesaria, para la presentación y defensa de la tesis. Concretamente, los artículos que recogen parte de estos resultados son los siguientes:

- Guilt and bereavement: effect of the cause of death, and measuring instruments. *Illness, Crisis & Loss*, 0(0) 1-1. doi:10.1177/1054137316686688
- The role of rumination in the guilt associated with bereavement according to cause of death. *Psychiatry Research*, 267 (2018). doi:10.1016/j.psychres.2018.04.065
- Cause of death and guilt in bereavement: the role of emotional regulation and kinship. *Journal of Loss and Trauma*. In press. doi:10.1080/15325024.2018.1485277

Estos artículos, en su versión para las revistas en que han sido publicados, están incluidos en el Anexo 3.



# ÍNDICE

RESUMEN.....	13
ABSTRACT .....	17
1. INTRODUCCIÓN.....	23
1.1. El proceso de duelo.....	23
1.2. Modelos teóricos.....	24
1.2.1. Modelo psicoanalítico .....	24
1.2.2. Modelos de fases o etapas .....	27
1.2.3. Modelos de tareas.....	31
1.2.4. Modelo integrativo-relacional .....	34
1.2.5. Modelo de continuidad de lazos.....	35
1.2.6. Modelo de afrontamiento dual .....	35
1.3. Duelo complicado .....	36
1.3.1. Modelos explicativos de duelo complicado .....	41
1.3.2. Factores de riesgo.....	44
1.3.3. Culpa .....	52
1.3.4. Rumiación .....	58
1.3.5. Regulación emocional .....	63
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	67
3. METODOLOGÍA.....	71
3.1. Metodología Estudio 1.....	71
3.1.1. Participantes .....	71
3.1.2. Instrumentos de medida .....	72
3.1.3. Procedimiento.....	74

3.1.4. Análisis estadísticos .....	74
3.2. Metodología Estudio 2.....	74
3.2.1. Participantes .....	74
3.2.2. Instrumentos de medida .....	75
3.2.3. Procedimiento.....	77
3.2.4. Análisis estadísticos .....	78
3.3. Metodología Estudio 3.....	78
3.3.1. Participantes .....	78
3.3.2. Instrumentos de medida .....	79
3.3.3. Procedimiento.....	80
3.3.4. Análisis estadísticos .....	80
4. RESULTADOS .....	83
4.1. Resultados Estudio 1.....	83
4.2. Resultados Estudio 2.....	85
4.3. Resultados Estudio 3.....	91
5. DISCUSIÓN GENERAL .....	95
6. CONCLUSIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	109
ANEXOS .....	147
Anexo 1.....	149
Anexo 2.....	151
Anexo 3.....	163

## RESUMEN

La muerte de un ser querido es una de las situaciones vitales más estresantes que puede afrontar una persona. En la fase aguda del proceso de duelo tras la pérdida de alguien muy cercano se experimentan una serie de síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales. La mayoría de las personas son capaces de afrontar una pérdida de forma adaptativa, pero un pequeño aunque significativo porcentaje de la población, aproximadamente un 10% (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard y O'Connor, 2017; Maciejewski, Maercker, Boelen y Prigerson, 2016; Nielsen et al., 2017; Stroebe, Schut y Stroebe, 2007b), tiene dificultades para elaborar el duelo y desarrolla lo que se denomina duelo complicado, caracterizado por un intenso anhelo por el fallecido, incredulidad, dificultades para aceptar la pérdida, sentimientos de culpa, pensamientos o imágenes intrusivas de la persona fallecida, sensación de pérdida de significado o propósito en la vida sin el fallecido, confusión respecto a la propia identidad, entumecimiento emocional, pérdida de confianza y dificultad para volver a comprometerse con la vida (Maercker et al., 2013; Prigerson et al., 2009). Las personas con duelo complicado experimentan rumiaciones frecuentes sobre las circunstancias o las consecuencias de la muerte, conductas desadaptativas y dificultades en la regulación de las emociones (Shear et al., 2011).

Entre los factores de riesgo asociados al duelo complicado destacan la relación de parentesco con el fallecido y las circunstancias de la muerte. Parece haber consenso entre los investigadores respecto a que la muerte de un hijo es la pérdida más devastadora en comparación con la pérdida de la pareja, un hermano o un progenitor (Cleiren, 1993; Maccallum, Galatzer-Levy y Bonanno, 2015). El duelo de los padres

que han perdido a un hijo ha sido reconocido como el más intenso y duradero en el tiempo, con graves consecuencias en todos los ámbitos de su vida (Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011).

En cuanto a las circunstancias de la muerte, se ha comprobado que las muertes violentas (suicidio, homicidio y accidente) generan más problemas de salud mental como depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas e ideación suicida que las muertes por causas naturales (Brent, Melhem, Donohoe y Walker, 2009; Dyregrov, Nordange y Dyregrov, 2003; Melhem, Walker, Moritz y Brent, 2008; Murphy, Tapper, Johnson y Lohan, 2003c; Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders y Kilpatrick, 2009).

Entre las muertes violentas, el suicidio de un ser querido genera en los allegados una sintomatología de duelo muy intensa y persistente, con características específicas respecto a otros duelos, como elevados niveles de culpa, rumiación acerca del porqué, menor apoyo social, estigma, vergüenza, entre otras (Jordan, 2001).

El sentimiento de culpa es considerado uno de los temas centrales después de una pérdida significativa y puede obstaculizar la evolución saludable del duelo (Buckle y Fleming, 2011; Humphrey, 2009; Li, Tendeiro y Stroebe, 2018). De hecho, el manual diagnóstico DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) ha incluido culparse a uno mismo como uno de los criterios del trastorno por duelo complejo persistente. Por su parte, la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2018) señala la culpa como uno de los criterios para el diagnóstico del trastorno por duelo prolongado. Sin embargo, respecto a la prevalencia de la culpa en las personas que han sufrido una pérdida, Stroebe et al. (2014), en una revisión de estudios sobre la culpa en el duelo, encontraron que la prevalencia de este sentimiento variaba significativamente

desde un 7% a casi el 90%, y apuntaban que esta discrepancia podría deberse a las distintas escalas utilizadas para medir la culpa.

La presente tesis doctoral tiene como objetivo general analizar la culpa asociada al duelo y estudiar el papel de los procesos de rumiación y regulación emocional en el desarrollo de la culpa en el duelo complicado, incluyendo el rol de aspectos de la pérdida como las circunstancias de la muerte y el parentesco con el fallecido. Para alcanzar este objetivo se desarrollaron tres diseños de investigación que dieron lugar a tres estudios. Los objetivos específicos del primer estudio fueron explorar la culpa asociada al duelo teniendo en cuenta las causas de la muerte (muerte natural esperada, inesperada, accidente, suicidio y muerte perinatal) y analizar las diferencias que pueden deberse al uso de distintos instrumentos de medida de la culpa. Los resultados mostraron que las personas en duelo por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que cuando la pérdida se ha debido a otras causas. Respecto al segundo objetivo, los resultados parecen confirmar que, cuando se emplean escalas específicamente diseñadas para este grupo de población, los datos muestran diferencias significativas entre los distintos grupos de causa de la muerte.

El objetivo del segundo estudio fue analizar el papel de la rumiación en la relación entre la causa de la muerte y la culpa en personas en duelo. Los resultados mostraron que en los casos de suicidio la rumiación incrementa los niveles de culpa de forma significativa, pero solo respecto a la muerte natural esperada, no respecto a la muerte natural repentina e inesperada ni a la muerte por accidente, lo que puede tener sentido teniendo en cuenta que la rumiación en el proceso de duelo suele centrarse en la causa de la muerte, y parece plausible asumir que las personas que han perdido a un ser querido por muerte natural esperada experimentan menos rumiación que en los casos de muerte inesperada, como un ataque al corazón, por ejemplo, o un accidente.

Por último, el tercer estudio analiza el papel de la regulación emocional y el parentesco en la relación entre la culpa y la causa de la muerte. Los resultados obtenidos mostraron que las personas que han sufrido la pérdida de un progenitor, la pareja o un hermano por suicidio experimentan menos dificultades en la regulación emocional respecto a la culpa que aquellas que han sufrido la pérdida de un hijo en esas circunstancias.

**Palabras clave:** duelo, culpa, rumiación, regulación emocional, suicidio

## **ABSTRACT**

The death of a loved one is one of life's most stressful events that a person can face, and its acute stage entails a series of physical, emotional, cognitive and behavioural symptoms. Most people are able to cope with a loss in an adaptive manner, although a small yet significant percentage of the population, approximately 10% (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017; Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016; Nielsen et al., 2017; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007b), finds it difficult to grieve, experiencing complicated grief characterised by an intense feeling of missing the deceased, incredulity, difficulties in adapting to the loss, feelings of guilt, intrusive thoughts or images about the deceased, the sense of a loss of meaning or purpose in life without the deceased, confusion over their personal identity, emotional numbness, loss of confidence, and difficulty in re-engaging with life (Maercker et al., 2013; Prigerson et al., 2009). People undergoing complicated grief experience frequent ruminations over the death's circumstances or its consequences, maladaptive behaviours, and difficulties in controlling their emotions (Shear et al., 2011).

The main risk factors associated with complicated grief are the relationship of kinship with the deceased and the circumstances surrounding the death. Scholars seem to agree that the death of a son or daughter is the most devastating loss compared to the loss of a partner, a sibling or a parent (Cleiren, 1993; Maccallum, Galatzer-Levy, & Bonanno, 2015). Parents' bereavement is acknowledged to be the most intense and prolonged, with serious consequences in all ambits of life (Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011).

As regards the circumstances surrounding the death, it has been evidenced that violent deaths (suicide, murder, and accident) trigger more mental health issues, such as deeper depression, post-traumatic stress disorder, alcohol and drug abuse and suicidal thoughts, than deaths due to natural causes (Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009; Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003; Melhem, Walker, Moritz, & Brent, 2008; Murphy, Tapper, Johnson, & Lohan, 2003c; Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders, & Kilpatrick, 2009).

Among violent deaths, a loved one's suicide generates very intense and prolonged symptoms of grief with specific characteristics regarding other forms of bereavement, such as high levels of guilt, rumination over the reasons, less social support, stigma, and shame, among others (Jordan, 2001).

A feeling of guilt is considered one of the central issues after a significant loss and may compromise a healthy grieving process (Buckle & Fleming, 2011; Humphrey, 2009; Li, Tendeiro, & Stroebe, 2018). In fact, the diagnostic and statistical manual DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) has included self-blame as one of the criteria for the prolonged complicated grief disorder. Furthermore, the 11th edition of the IDC (WHO, 2018) points to guilt as one of the criteria for the diagnosis of Prolonged Grief Disorder. Nevertheless, regarding the prevalence of guilt in individuals that have suffered a loss, in a review of the literature on guilt in bereavement Stroebe et al. (2014) have found that the prevalence of this feeling varies significantly from 7% up to almost 90%, contending that this discrepancy may be due to the different scales used for measuring guilt.

This PhD dissertation aims to analyze the guilt associated with grief and investigate the role of rumination and emotional regulation in the development of guilt in complicated grief, including the role of aspects of loss such as the circumstances of

death and kinship with the deceased. Three research designs were developed that resulted in three studies. The first involves exploring the guilt associated with bereavement taking into account the cause of death (expected or unexpected natural causes, accident, suicide and perinatal death) and analysing the differences that may be due to the use of different instruments for measuring this guilt. The results show that individuals grieving over a suicide record higher levels of guilt than when the loss has been due to other causes. The data appear to confirm there are significant differences according to cause of death when use is made of scales specifically designed for this population group.

The aim of the second study is to analyse the role rumination plays in the relationship between cause of death and guilt among the bereaved. In the case of a suicide, the results show that rumination significantly increases the levels of guilt, but only regarding an expected natural death, and not compared to a sudden or unexpected one or death by accident, which may be explained by considering that rumination in a grieving process tends to focus on the cause of death, and it seems plausible to assume that individuals losing a loved one to an expected natural death ruminate less than in the case of an unexpected natural death, such as a heart attack, for example, or an accident.

Finally, the third study analyses the role of emotional regulation and kinship in the relationship between guilt and cause of death. The results show that individuals suffering the loss of a parent, partner or sibling to suicide encounter fewer difficulties in emotional regulation in relation to guilt than those losing a son or daughter for the same cause.

**Keywords:** bereavement, guilt, rumination, emotional regulation, suicide







# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. El proceso de duelo

El duelo se define como la respuesta emocional de un individuo ante la pérdida de un ser querido. La experiencia de perder a un ser querido es uno de los sucesos más dolorosos y estresantes en la vida de una persona y tiene implicaciones tanto físicas como psicológicas y sociales. Se trata de una reacción adaptativa a la muerte de una persona significativa (García-García, Petralanda, Manzano e Inda, 2001).

En el estudio del proceso de duelo hay tres conceptos clave: el luto, la pérdida y el duelo (Stroebe, Schut y Boerner, 2017). El luto (*mourning*) se refiere a las formas de expresar el duelo, que incluyen las costumbres y rituales derivados de las prácticas sociales y culturales, así como las expectativas sociales respecto al comportamiento de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido. La pérdida (*bereavement*) se refiere a la situación objetiva de una persona afectada por la muerte de alguien significativo en su vida. El duelo (*grief*) es la experiencia emocional que sufre la persona afectada como resultado del fallecimiento de un ser querido, e incluye reacciones físicas, psicológicas, cognitivas y conductuales y sociales. El duelo se considera un síndrome emocional complejo (Stroebe et al., 2017).

Las manifestaciones y la evolución del proceso de duelo son variables y exclusivas para cada persona (García-García et al., 2001), aunque existen una serie de síntomas frecuentes en la mayoría de los casos (Worden, 1997):

- Síntomas físicos: vacío en el estómago, opresión en el pecho, nudo en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, sensación de despersonalización, falta de energía, sequedad de boca.

- Síntomas emocionales: tristeza (frecuentemente con llanto), enfado, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad (emocional o social), fatiga (apatía o indiferencia), impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad.

- Síntomas cognitivos: incredulidad, confusión (falta de concentración, dificultades de memoria), preocupación (rumiación con el fallecido o con las circunstancias de la muerte), sentido de presencia.

- Síntomas conductuales: trastornos del sueño y/o de la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recuerdos del fallecido o de la pérdida, conductas de búsqueda, hiperactividad, atesorar objetos del fallecido.

## **1.2. Modelos teóricos**

A lo largo del tiempo diversos autores han propuesto modelos teóricos explicativos del proceso de duelo cuyo objetivo era establecer un marco de referencia para el estudio de este fenómeno vital. Por otro lado, la identificación de patrones en la trayectoria de los síntomas de duelo es de interés clínico porque mejora la comprensión sobre cómo los individuos procesan cognitivamente y emocionalmente la muerte de alguien cercano. Este conocimiento ayuda a determinar si un patrón específico de ajuste al duelo es normal o no. Sin embargo, hay que tener presente, como afirman Shuchter y Zisook (1993), que el duelo no es un proceso lineal con límites concretos, sino un proceso complejo, compuesto de fases superpuestas y fluidas que varían de persona a persona.

### *1.2.1. Modelo psicoanalítico*

El modelo psicoanalítico se centra fundamentalmente en los componentes intrapsíquicos del duelo y considera que se trata de un proceso doloroso de identificación, desinversión de lo perdido y reinversión de nuevas relaciones

tanto internas como externas. Dos de los autores más representativos del modelo psicoanalítico son Sigmund Freud y Melanie Klein.

Sigmund Freud elaboró la primera teoría de duelo en su obra *Duelo y melancolía* (1967). Este autor consideró el duelo como una respuesta normal en el curso de la vida. Para Freud, todos tenemos pérdidas, todos nos afligimos, pero todos sobrevivimos. El duelo se consideraría una reacción normal a la pérdida de una persona amada, o a la pérdida de alguna abstracción que ha tomado el lugar de aquella, como la patria, la libertad o una idea. Aunque establecía que se trataba de un periodo especial de la vida, defendió que no debía ser considerado como una condición mórbida que requiriese tratamiento médico.

De acuerdo con la teoría de Freud (1967), los fenómenos fundamentales del duelo serían: a) un profundo y doloroso abatimiento, b) la retirada del interés por el mundo externo, c) la pérdida de la capacidad de amar, y d) la inhibición de toda actividad. El proceso de la aflicción va acompañado por una retirada gradual de la libido o energía emocional del objeto amado perdido. Puesto que renunciar a esta unión es emocionalmente doloroso, los síntomas de la aflicción pueden ser entendidos como una negación inicial de la pérdida, la cual va normalmente seguida por un periodo de preocupación, en el que aparecen pensamientos sobre la persona muerta. En este periodo, los recuerdos son recuperados y revisados, permitiendo así que el vínculo con la persona fallecida desaparezca gradualmente. Durante este periodo de *decathexis* (dejar ir), la persona pierde el interés por todo, no puede experimentar amor y le invade un sentimiento de desesperanza. El trabajo del duelo es completado cuando el individuo ha liberado emocionalmente la energía, siendo capaz de sentirse estimulado por nuevas relaciones y poder así sustituir el objeto amado.

Respecto a la sustitución de la persona amada, se observa en Freud un cambio significativo a partir de la muerte de su hija Sophie, en 1920, como se puede leer en la carta que en 1929 escribe a Binswanger a raíz de la muerte de un hijo de este: “Sabemos que el agudo dolor que sentimos después de una pérdida semejante llegará a su fin, pero permaneceremos inconsolables y nunca encontraremos un sustituto. Todo lo que tome ese lugar, aun ocupándolo enteramente, seguirá siendo siempre algo distinto. Y a decir verdad, está bien así. Es el único medio que tenemos de perpetuar un amor al que no queremos renunciar” (1972, p. 339). Como se puede observar, Freud plantea que el duelo no terminará por encontrar un reemplazo, es decir, reconoce que la pérdida de un hijo es insustituible.

El modelo de duelo de Freud fue completado mediante estudios clínicos por Melanie Klein (1940), quien insistió en la importancia de las emociones y los sentimientos experimentados durante el proceso de duelo: el odio, la culpa, el amor, la ira, el temor. Para Klein, el duelo es una verdadera enfermedad o transición que provoca un intenso sufrimiento en el afligido. Según esta autora, solo es posible la resolución del duelo a través de la introyección del objeto amado, mediante la incorporación del mismo al mundo interno. Se trata del proceso que se conoce como identificación introyectiva, en contraposición a la identificación proyectiva.

Para Klein (1940), el duelo difiere de la depresión en que posee un fin y un objetivo: la reparación de los objetos internos dañados. Pero afirma que el hecho de que el duelo pueda tener una final en la mente no significa que el proceso de la pena y la aflicción terminen pronto, sino que tienen efectos duraderos en relación a la capacidad de reparar, tanto positivos como negativos. Es decir, que se vuelve a una forma de funcionamiento psíquico más normal, menos dolorosa, pero la pena por lo perdido puede durar toda la vida.

### *1.2.2. Modelos de fases o etapas*

Varios de los principales autores que han abordado el estudio sobre el duelo están de acuerdo en que, si bien cada persona experimenta el duelo de manera única y particular, se trata de un proceso que atraviesa por diferentes etapas (Bowlby, 1980; Engel, 1961; Kübler-Ross, 1993; Lindemann, 1944; Parkes y Weiss, 1983). El hecho de que el doliente pueda ir transitándolas progresivamente indicaría que la elaboración del proceso de duelo por la muerte de su ser querido se estaría realizando de manera adecuada. Los modelos de fases en el duelo han sido cuestionados por diversos autores por su excesiva simplificación del proceso de duelo (Jacobs, 1993), por la falta de confirmación científica (Stroebe et al., 2017), por las insuficiencias conceptuales y por la inadecuación del lenguaje de las etapas que conducen al uso prescriptivo por parte de los profesionales (Corr, 2015).

El psiquiatra norteamericano Lindemann (1944) fue uno de los pioneros en la investigación del duelo. Este investigador llevó a cabo el primer estudio sistemático de la aflicción aguda, para el cual se basó en su intervención con los familiares de las personas fallecidas en el incendio del Coconut Grove Nightclub de Boston en 1942. Lindemann atribuyó seis características a la aflicción aguda: síntomas somáticos, preocupación acerca de pensamientos e imágenes del fallecido, culpa relacionada con el muerto, reacciones violentas, pérdida de funciones y capacidades y tendencia a asumir rasgos del fallecido en la propia conducta. Para este autor, esta última característica podría ser un síntoma de patología en el desarrollo del proceso de duelo.

Lindemann (1944) fue el primer autor que sugirió que la persona en duelo atravesaba tres fases o etapas a lo largo del proceso: (1) conmoción e incredulidad; (2) duelo agudo, y (3) resolución del duelo. Lindemann definió el duelo como un trabajo que conlleva unas tareas específicas, entre ellas la disolución del vínculo emocional con

el fallecido, el reajuste al medio sin la presencia del mismo y el establecimiento de nuevas relaciones.

El psiquiatra estadounidense Engel (1961) suscitó la polémica respecto a la posibilidad de considerar el duelo como una enfermedad. Su tesis es que la pérdida de un ser querido es tan traumática a nivel psicológico como herirse o quemarse lo es en el plano fisiológico. Para este autor, el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, por lo que la persona en duelo necesita un periodo de tiempo para recuperar su estado de equilibrio psicológico. Por esta razón, Engel consideró el duelo como un proceso de curación.

Engel propuso que las personas en duelo atraviesan tres fases: una primera caracterizada por un estado de shock e incredulidad, seguida de una etapa de cólera, ira y protesta, para terminar aceptando la realidad de la pérdida.

Para Engel, el grado de culpa, la ambivalencia, la dependencia, la edad y las pérdidas previas afectarían al resultado y al tiempo necesario para la resolución del duelo.

Uno de los pilares fundamentales en el estudio de los procesos de duelo es la teoría del apego o vinculación de Bowlby (1980), quien defendió la premisa de que el apego se desarrolla en las etapas tempranas de la vida del ser humano. Para él, la conducta de apego es instintiva y su función es mantener el vínculo con la figura de afecto, que generalmente es la madre o la figura sustitutiva, y que proporciona al niño seguridad y protección. Cuando este vínculo se rompe, se produce una respuesta normal que pasa por varios estadios: en primer lugar estaría la fase de protesta, en la que el enfado y la ansiedad son respuestas naturales cuya función es restablecer el vínculo con la figura del cuidador; una segunda fase sería la tristeza, la apatía y la desesperanza, y

por último estaría la etapa de desvinculación. Para Bowlby (1986), el duelo ante la muerte de un ser querido sería una respuesta de ansiedad por la separación.

En sus observaciones de niños pequeños sometidos a la separación de la madre, Bowlby (1960) constató similitudes entre las respuestas de los niños ante la pérdida de la figura materna y las respuestas de los adultos frente a la pérdida de una persona amada. Más adelante, Bowlby (1961) propuso su primer modelo sobre las etapas del proceso de duelo, basado fundamentalmente en los trabajos de Freud y Lindemann y que incluía tres fases: (1) añoranza y búsqueda de la persona amada, (2) desorganización, y (3) reorganización.

Posteriormente, como resultado de los trabajos que llevó a cabo junto con Parkes y otros autores, en los que se estudió a más de 1.200 personas en duelo, Bowlby (1980) estableció su modelo de duelo en cuatro fases:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad, que suele durar desde unas horas hasta una semana, y en la que se intercalan momentos de una intensa aflicción. Se caracteriza por el aturdimiento y la negación.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que puede durar unos meses y en algunos casos años y en la que son comunes la añoranza y los pensamientos recurrentes sobre el fallecido.
3. Fase de desorganización y desesperanza, caracterizada por la tristeza, la falta de sentido y la apatía.
4. Fase de mayor o menor grado de reorganización, en la que comienzan a disminuir los sentimientos más intensos y la persona se reincorpora a la vida.

Bowlby (1980) consideraba que la adecuada resolución del duelo requiere renunciar al objetivo de restablecer la proximidad física con el fallecido. Sin embargo,

para Field et al. (2009), esa renuncia no es equivalente al desapego. De hecho, se ha argumentado que en el duelo se puede establecer una proximidad psicológica con la persona fallecida como una base segura interiorizada, que en cierta medida provee una función de apego similar a la que proporcionaba la relación en el pasado cuando la persona estaba viva (Field et al., 2005).

Por su parte, Parkes (1996), después de realizar estudios con series de casos, describió cuatro fases en el proceso de duelo por la muerte de una persona amada, que tienen mucha similitud con las fases que observó Bowlby:

1. Fase de aturdimiento, que tiene lugar inmediatamente después de la pérdida y que puede durar unas horas o unos días. Parkes considera que este aturdimiento tiene una función adaptativa, puesto que amortigua el dolor y permite que el doliente se ocupe de los rituales correspondientes.
2. Fase de búsqueda y anhelo, caracterizada por la incapacidad para concentrarse en otra cosa que no sea la persona fallecida.
3. Fase de depresión, en la que predominan la apatía y la desesperanza.
4. Fase de recuperación, en la que se abandonan los esquemas y suposiciones anteriores.

Para este autor, el duelo se definiría como el proceso que realiza la persona respecto a la reordenación de sus suposiciones y creencias sobre el mundo previas a la pérdida.

La psiquiatra suiza-norteamericana Elisabeth Kübler-Ross (1969), que dedicó su vida profesional a la asistencia a personas en fase terminal, propuso un modelo que describe las cinco fases por las que atraviesa la persona en su adaptación a la enfermedad en la etapa final de su vida:

1. Negación, cuya función es amortiguar el impacto emocional de una noticia inesperada e impactante y permite al paciente recobrase y generar otras defensas menos radicales.
2. Ira y resentimiento.
3. Negociación y pacto, que persigue posponer lo inevitable.
4. Depresión, fase que se inicia cuando el paciente ha empezado a asumir que su vida se acaba.
5. Aceptación, en la que la persona se prepara para enfrentarse a su muerte.

Más adelante, Kübler-Ross (2006) aplicó estas mismas etapas al proceso de duelo por la muerte de un ser querido, puntualizando que no se trata de un proceso lineal y que dichas fases no siempre se producen en todas las personas, ni en el orden prescrito. Para esta autora, no hay una reacción típica ante la pérdida, y las etapas que describe forman parte del marco de aprendizaje de la aceptación de la muerte de un ser amado.

### *1.2.3. Modelos de tareas*

Las teorías basadas en el cumplimiento de tareas a lo largo del proceso de duelo defienden que el duelo no se trata solo de un estado en el que la persona se sumerge tras la pérdida, sino que implica un proceso activo, es decir, que el doliente debe realizar el trabajo de elaboración y superación del duelo. Entre los autores que han desarrollado modelos de duelo basados en tareas destacan Worden (1982, 1991), Rando (1993) y Neimeyer (2006).

Según el modelo de Worden (1982), los dolientes deben llevar a cabo cuatro tareas para poder elaborar su pérdida. Estas cuatro tareas son (1) aceptar la realidad de la

pérdida, (2) trabajar a través del dolor, (3) ajustarse a un ambiente en el que el fallecido está ausente y, finalmente, (4) retirar la energía emocional y reinvertir en otra relación.

Para Worden, estas tareas no siguen necesariamente un orden específico, aunque sugiere un cierto ordenamiento, puesto que, por ejemplo, el doliente no puede controlar el impacto de la pérdida hasta que no acepte que la pérdida ha sucedido. Según este autor, es esencial que la persona complete estas tareas para poder resolver su duelo.

Posteriormente Worden (1991), en la segunda edición de su libro, ajustó la última tarea, que pasó a consistir en encontrar un lugar adecuado para la persona ausente en su mundo afectivo que no le impida volver a amar.

La investigadora y psicóloga clínica Therese Rando (1993) propone su concepción de las seis R del proceso de duelo, que enmarca en las tres fases o momentos del duelo: negación, confrontación y acomodación. Así, en la fase de negación, la tarea o R es el reconocimiento de la pérdida, tanto a nivel cognitivo como afectivo. En la fase de confrontación se plantean tres tareas: por un lado, la reacción ante la separación, con emociones como la tristeza y el dolor; por otro, el recuerdo del fallecido y la reexperimentación de la relación, y por último, la renuncia al vínculo de apego con la persona querida y lo que esta significaba en su mundo. La fase de acomodación implica dos tareas: la readaptación al mundo sin el fallecido y el reinvestimiento o la reinversión en nuevas relaciones e intereses.

Neimeyer (2002), en el marco de su teoría constructivista, considera también el duelo como un proceso activo y, basándose en las tareas que proponen tanto Rando como Worden, las reformula y las desarrolla como desafíos que la persona en duelo debe afrontar a lo largo de su proceso, en función de los recursos de que dispone y de la naturaleza de su pérdida. Neimeyer afirma que estos desafíos no se afrontan siguiendo un orden determinado y que no es imprescindible completarlos de manera definitiva,

puesto que a lo largo de toda la vida cada pérdida planteará una serie de desafíos, que la persona tendrá que ir afrontando cuando se vayan presentando.

Los desafíos que propone Neimeyer son los siguientes:

1. Reconocer la realidad de la pérdida, asumir la ausencia del fallecido y del rol que contribuía a definir la identidad del doliente. Este reconocimiento de la realidad tiene además otra dimensión: la persona sufre la pérdida a nivel individual, pero también como miembro de un sistema familiar.
2. Abrirse al dolor. La persona suele evitar el dolor en los primeros momentos porque le resulta insoportable, pero debe afrontarlo para poder elaborarlo.
3. Revisar el mundo de significados. La pérdida de alguien significativo puede minar las creencias y presuposiciones que constituían la filosofía de vida del doliente, lo que le obliga a replantearse su sistema de creencias y a revisar sus prioridades.
4. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido, lo que no implica olvidar, sino más bien mantener una conexión simbólica con el fallecido.
5. Reinventarse a sí mismo. La persona que ha sufrido una pérdida significativa nunca vuelve a ser la misma, por lo que esta tarea implica construir una nueva identidad que encaje con el nuevo rol, mientras se mantiene una continuidad con el anterior.

Neimeyer recoge en su modelo la necesidad de que en la elaboración del duelo se alterne de forma periódica entre la atención a sentimientos como la tristeza, el dolor, la ansiedad, el aislamiento y los recuerdos del fallecido y la reorientación a las tareas prácticas como una forma de descansar de la intensa angustia que produce la elaboración de la pérdida.

#### *1.2.4. Modelo integrativo-relacional*

El modelo integrativo-relacional (Payás, 2010) integra los modelos de fases y de tareas. La autora propone un modelo de cuatro fases, en cada una de las cuales el doliente lleva a cabo una serie de tareas, que son abordadas mediante mecanismos de afrontamiento característicos de cada una de ellas a lo largo del proceso. Las fases que propone Payás están relacionadas estrechamente con los momentos del duelo:

1. Aturdimiento y choque. La noticia del fallecimiento de un ser querido provoca una conmoción caracterizada por la incredulidad, el aturdimiento, la confusión, la disociación, con frecuentes reacciones de llanto, desesperación o miedo, intercalados con momentos de anonadamiento y desensibilización. La tarea de duelo en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida.
2. Evitación y negación, como mecanismos para eludir el impacto emocional de la pérdida. La tarea de esta etapa es ir disolviendo paulatinamente las estrategias de distorsión y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor.
3. Conexión e integración. La persona está más preparada para afrontar la ausencia del fallecido y los sentimientos que emergen: el dolor, la tristeza, la culpa. La tarea en esta etapa consiste en realizar el trabajo de duelo asociado a los aspectos relacionales de la pérdida.
4. Crecimiento y transformación. De forma paulatina se va produciendo la reorganización del mundo interno del doliente en relación tanto con su ser querido como con la vida en general. La tarea principal de duelo en esta etapa es la sustitución de algunas de las creencias nucleares del doliente por nuevos esquemas mentales que incorporen la significación emocional de la pérdida.

Payás se muestra de acuerdo con la conclusión de algunos estudios respecto a que el duelo no se cierra nunca (Rando, 1993; Miller y Omarzu, 1998), porque la etapa de transformación y crecimiento puede durar toda la vida.

#### *1.2.5. Modelo de continuidad de lazos*

Silverman y Klass (1996) consideran que los modelos de Bowlby y Parkes definen la resolución del duelo como la ruptura de los lazos que unían al doliente con su ser querido, mientras que ellos proponen que tras la pérdida se trataría de establecer un vínculo diferente con la persona fallecida. Estos autores no consideran que el duelo culmine en la resolución o cierre del proceso, más bien proponen que, en lugar de “soltar”, la persona en duelo negocia y renegocia el significado de su pérdida a lo largo del tiempo. La muerte es permanente, sin embargo, los dolientes pueden mantener la presencia y la memoria del fallecido en el entorno familiar a lo largo de toda su vida.

#### *1.2.6. Modelo de afrontamiento dual*

Margaret Stroebe y Henk Schut (1999) han desarrollado su modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo (*dual process model of coping*) a partir de la teoría cognitiva del estrés de Richard Lazarus y Susan Folkman (1986) y del modelo de afrontamiento bimodal del trauma de Horowitz (1986, 1993). Según este modelo, en el proceso de duelo se dan dos tipos de mecanismos de afrontamiento: por un lado, los mecanismos orientados a la pérdida, cuya función es focalizar la atención en la confrontación de la experiencia de pérdida, por ejemplo, expresar las emociones, recordar al fallecido, hablar de él, añorarlo, visitar los lugares vinculados con el difunto; por otro lado, los mecanismos orientados a la reconstrucción, cuyo foco de atención está fuera de la experiencia de pérdida, como asumir las responsabilidades domésticas y laborales, establecer nuevas relaciones, llevar a cabo nuevos proyectos. Este último

mecanismo implica un cierto grado de evitación, que se considera adaptativo en la medida en que permite regular el impacto emocional de la pérdida.

Para estos autores, la evolución saludable del proceso de duelo se asocia a la oscilación entre estos dos tipos de mecanismos de afrontamiento. Dicha oscilación, en los primeros momentos del duelo, se puede dar a corto plazo, por ejemplo, en un solo día, y posteriormente el intervalo de la oscilación se va ampliando. A diferencia del planteamiento de los modelos de fases, que afirman que la reorganización constituye la última etapa del duelo, en el modelo de proceso dual se considera que la reconstrucción tiene lugar a lo largo de todo el proceso, si bien hay una tendencia progresiva hacia la reorganización. Según el modelo de proceso dual, la presencia continuada de cualquiera de estos dos tipos de mecanismos de afrontamiento constituiría un factor de riesgo de complicación del proceso de duelo.

### **1.3. Duelo complicado**

La mayoría de las personas que sufren la pérdida de un ser querido son capaces de afrontarla y elaborarla de manera adecuada, pero una minoría significativa desarrolla lo que se ha denominado duelo complicado. Según diversos investigadores, un porcentaje que varía por debajo o por encima del 10%, dependiendo del subgrupo de duelo, las circunstancias de la muerte, la duración del proceso y los criterios utilizados, experimentan un duelo complicado (Stroebe et al., 2007b; Lundorff et al., 2017; Maciejewski et al., 2016; Nielsen et al., 2017).

El duelo complicado se caracteriza por un intenso anhelo por el fallecido, angustia por la relación perdida, incredulidad, dificultades para aceptar la pérdida, evitación de recuerdos del fallecido, pensamientos o imágenes intrusivas de la persona fallecida, sensación de pérdida de significado o propósito en una vida sin el fallecido, confusión

respecto a la propia identidad, entumecimiento emocional, pérdida de confianza y dificultad para volver a comprometerse con la vida, todo ello asociado a un deterioro funcional (Maercker et al., 2013; Prigerson et al., 2009).

Las complicaciones en el duelo también conducen a pensamientos disfuncionales, conductas desadaptativas y desregulación de las emociones, como rumiaciones frecuentes sobre las circunstancias o las consecuencias de la muerte, sentimientos persistentes de conmoción, incredulidad y rabia, sentimientos de desapego en relación a otras personas y cambios en la conducta, en unos casos centrada en la evitación excesiva de recordatorios de la pérdida, como lugares o situaciones que compartieron con su ser querido, o la evitación de encuentros con familiares o amigos porque sienten envidia, vergüenza o ansiedad, y en otros la conducta se centra en la búsqueda de una proximidad con el fallecido, por ejemplo a través de imágenes, recuerdos, la ropa u otros objetos relacionados con el ser querido (Shear et al., 2011).

El duelo complicado se ha asociado con síntomas fisiológicos, como dificultad para respirar, palpitaciones, problemas digestivos, pérdida de apetito, pérdida de peso, mala adherencia a los tratamientos, problemas de sueño como inquietud, insomnio y baja calidad del sueño, y un riesgo 10 veces mayor de hipertensión y enfermedad de corazón (Hardison, Neimeyer y Lichstein, 2005; Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov y Kreicbergs, 2008; Prigerson et al., 1995a; Prigerson et al., 1997; Shear, 2015; Stroebe et al., 2011).

Se ha demostrado que el duelo complicado se asocia también a un mayor riesgo de alteración del rendimiento cognitivo (Hall et al., 2014; Saavedra Pérez et al., 2015) y un deterioro en el trabajo y en el funcionamiento social (Boelen y Prigerson, 2007; Lannen et al., 2008; Prigerson et al., 1997; Silverman et al., 2000).

Asimismo las personas con duelo complicado presentan un riesgo de ideación suicida y conductas suicidas significativamente mayor que aquellas que experimentan un duelo normal en la fase aguda (Dell'Osso et al., 2011). Este riesgo elevado de ideación suicida puede persistir incluso cuando se controla el trastorno por estrés postraumático y la depresión (Latham y Prigerson, 2004).

La American Psychiatric Association (APA), en relación con la clasificación del duelo complicado, incluyó en la última edición del manual diagnóstico de trastornos mentales DSM-V (APA, 2013) el trastorno por duelo complejo persistente en la Sección 3, en la categoría de condiciones que requieren más estudio, clasificado como trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés, con los siguientes criterios diagnósticos:

Criterio A. La persona ha experimentado la muerte de alguien cercano al menos 12 meses antes.

Criterio B. Desde la muerte, al menos uno de los siguientes síntomas 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 persistente o añoranza del fallecido.
2. Tristeza y dolor emocional intensos.
3. Preocupación en relación al fallecido.
4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.

Criterio C. Desde la muerte, al menos 6 de los siguientes síntomas 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:

1. Dificultad para aceptar la muerte.
2. Incredulidad o aturdimiento.
3. Dificultad para recordar positivamente al fallecido.
4. Amargura o rabia.
5. Evaluaciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., culparse a sí mismo).
6. Evitación excesiva de estímulos (lugares, personas, objetos) que recuerdan la pérdida.
7. Deseo de morir para estar con el fallecido.
8. Dificultad para confiar en otras personas.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos.
10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
12. Dificultad o reticencia a cultivar intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro.

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

Criterio E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o adecuadas a la edad. Especificar si se presenta con duelo traumático después de una muerte en circunstancias traumáticas (por ejemplo,

homicidio, suicidio, desastre o accidente), con pensamientos persistentes, frecuentes y angustiantes, imágenes o sentimientos relacionados con las características traumáticas de la muerte (por ejemplo, el grado de sufrimiento del difunto, presencia de lesiones horripilantes).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido en la 11<sup>a</sup> edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) el trastorno por duelo prolongado en la categoría de trastornos asociados con el estrés (OMS, 2018). La CIE-11 define el trastorno por duelo prolongado como una perturbación en la cual, después de la muerte de la pareja, un progenitor, un hijo u otra persona cercana al doliente, se produce una respuesta de duelo persistente y generalizada, caracterizada por anhelo o preocupación persistente por el fallecido, acompañada de un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, dificultad para aceptar la muerte, sensación de haber perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para participar en actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de duelo ha persistido durante un periodo de tiempo anormalmente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente excede las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante periodos más largos que se encuentran dentro de un periodo normativo de duelo dado el contexto cultural y religioso de la persona se consideran respuestas de duelo normales y no se les asigna un diagnóstico. La perturbación causa un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes (OMS, 2018).

Diversos estudios han documentado una asociación significativa entre el duelo complicado, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la depresión (Boelen y Van

den Bout, 2005; Morina, Rudari, Bleichhardt y Prigerson, 2010). Por ejemplo, se han encontrado correlaciones moderadas a altas entre duelo complicado y depresión y TEPT (Boelen y Van den Bout, 2005; Boelen y Prigerson, 2007; Schaal, Dusingizemungu, Jacob, Neuner y Elbert, 2012), mientras que se encontró una correlación baja a moderada entre el duelo complicado y los síntomas de ansiedad (Boelen y Van den Bout, 2005). Aunque el duelo complicado presenta síntomas que se solapan con los síntomas del trastorno depresivo mayor y el TEPT (Boelen, Van de Schoot, Van den Hout, De Keijser y Van den Bout, 2010; Prigerson et al., 2009), numerosos investigadores consideran que el duelo complicado es diferente del trastorno de depresión mayor y del trastorno por estrés postraumático (Boelen, Van den Bout y De Keijser, 2003a; Bonanno et al., 2007; Shear et al., 2011; Simon et al., 2011; Spuij et al., 2012). Por ejemplo, la culpa en las personas con duelo complicado se focaliza específicamente en la pérdida, mientras que en la depresión la culpa suele ser generalizada y multifacética (Duffy y Wild, 2017; Viederman, 1995). La alteración del sueño se asocia con anomalías del sueño REM en la depresión, pero no así en el duelo complicado (McDermott et al., 1997). En el caso del TEPT, la hiperactivación en el duelo complicado se relaciona con la pérdida de reguladores interpersonales (Shear y Shair, 2005), mientras que en el TEPT se asocia a la hipervigilancia relacionada con la amenaza.

### *1.3.1. Modelos explicativos de duelo complicado*

Los modelos teóricos descritos en el epígrafe 1.2 se basan en los procesos de duelo general. A continuación se exponen tres modelos explicativos del duelo complicado: el modelo basado en el apego de Shear y Shair (2005), el modelo cognitivo-conductual de Boelen, Van den Hout y Van den Bout (2006b) y el modelo cognitivo de apego de Maccallum y Bryant (2013). Los tres modelos coinciden en que factores como el apego,

la regulación emocional, la memoria autobiográfica y la identidad afectan al desarrollo y mantenimiento del duelo complicado, pero difieren en el énfasis que cada modelo pone en cada uno de estos factores.

El modelo basado en el apego, propuesto por Shear y Shair (2005), considera que la muerte de una figura de apego presenta un desajuste decisivo e irreconciliable temporalmente entre la representación mental del ser querido y el cambio dramático en la relación con esa persona cuando esta fallece. Este desajuste tiene cuatro consecuencias que explican en gran medida los síntomas del duelo complicado: en primer lugar, la representación mental no revisada produce un sentido permanente de presencia del fallecido; en segundo lugar, el estrés del duelo activa la búsqueda de proximidad con la figura de apego, provocando un intenso sentimiento de anhelo y añoranza por el fallecido, así como la activación de pensamientos y recuerdos; en tercer lugar, el funcionamiento efectivo se interrumpe temporalmente, lo que conduce a la dificultad en la regulación emocional, la atención y los procesos fisiológicos, y, por último, la intensa activación del apego se asocia con la inhibición del sistema exploratorio, lo que genera una pérdida de interés por el mundo y por la búsqueda de objetivos (Shear et al., 2007).

Según este modelo, el duelo complicado es considerado como un síndrome de respuesta al estrés (Horowitz, 1976; Langner y Maercker, 2005) que se produce como consecuencia del fracaso en la integración de la información sobre la muerte de una figura de apego en un esquema de base segura (Waters y Waters, 2006). Este fracaso sería el resultado de cogniciones desadaptativas (por ejemplo, culparse a uno mismo por la muerte), conductas de evitación de todo aquello que recuerde la pérdida o problemas prácticos o relacionales que impiden la evolución del proceso de duelo (Shear et al., 2007).

El modelo cognitivo-conductual propuesto por Boelen, Van den Hout y Van den Bout (2006b) considera que existen tres procesos cruciales para el desarrollo y mantenimiento del duelo complicado: a) pobre elaboración e integración de la pérdida en la representación mental de uno mismo y del mundo, b) interpretaciones desadaptativas de las reacciones de duelo, y c) estrategias de evitación ansiosa y depresiva. Para estos autores, las personas con duelo complicado no tienen suficientemente elaborada e integrada en la memoria autobiográfica la información acerca de la pérdida como un hecho irreversible. La consecuencia de esta falta de integración es que los sentimientos, pensamientos y recuerdos vinculados con la pérdida pueden ser activados por una amplia gama de estímulos y adquieren un carácter intrusivo. Esta falta de integración explicaría asimismo por qué las personas con duelo complicado siguen sintiéndose conmocionadas por la pérdida independientemente del tiempo transcurrido desde la muerte del ser querido. Además, las personas con duelo complicado tienden a utilizar estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación ansiosa (evitación de la muerte) y la evitación depresiva (inactividad y aislamiento).

El modelo cognitivo de apego de Maccallum y Bryant (2013) se basa en el papel central que desempeñan la identidad del doliente y el apego a la persona fallecida. Según estos autores, la identidad de las personas con duelo complicado está entrelazada con la persona fallecida, es decir, que su sentido del yo se construye en torno al fallecido. Este modelo propone que hay factores moderadores que contribuyen al desarrollo del duelo complicado, como el estilo de apego ansioso y depresivo, la rumiación, los mecanismos de evitación, déficits en la flexibilidad emocional y la psicopatología previa.

### *1.3.2. Factores de riesgo*

Diversos factores parecen predisponer a las personas a experimentar un intenso anhelo por su ser querido fallecido y pueden afectar a la evolución del duelo, frustrando el procesamiento de la pérdida, lo que contribuiría al desarrollo del duelo complicado. Estos factores de riesgo pueden clasificarse en tres grupos: factores personales, factores interpersonales y factores relacionados con las circunstancias o consecuencias de la muerte.

#### *Factores personales*

Uno de los factores personales que predicen el duelo complicado es el estilo de apego. El cuerpo actual de la literatura que evalúa los vínculos entre el estilo de apego y el duelo complicado apunta a un mayor riesgo en adultos con estilos de apego ansioso y con estilo de apego evitativo (Ho, Chan, Ma y Field, 2013; Mancini y Bonanno, 2012; Meier, Carr, Currier y Neimeyer, 2013; Scheidt et al., 2012). Bowlby (1980) describió el duelo como la respuesta natural a la pérdida de una figura de apego. De acuerdo con esta definición, Lobb et al. (2010) se refirieron explícitamente al “duelo complicado [como] fundamentalmente un trastorno de apego” (p. 690), y señalaron las diferencias individuales en el estilo de apego como factores protectores (es decir, seguros) o de riesgo (es decir, inseguros) en el desarrollo del duelo complicado. Las personas con un estilo de apego ansioso tienden a experimentar una activación crónica del sistema de apego acompañada de un excesivo acceso a las figuras de apego, incluso cuando no hay amenaza. En lugar de proporcionar alivio, este acceso continuo a la representación mental del ser querido fallecido puede llevar al anhelo intenso asociado con el duelo complicado (Mancini y Bonanno, 2012).

Las personas con un estilo de apego evitativo tienden a responder a la amenaza de apego con una marcada desactivación. Esto puede resultar en una pérdida de acceso cognitivo a los pensamientos e imágenes de las figuras de apego (Mikulincer, Gillath y Shaver, 2002). Aunque las estrategias de evitación (por ejemplo, disociarse o minimizar la conciencia de esas emociones negativas relacionadas con la pérdida) pueden ser adaptativas en algunas situaciones (Bonanno, Keltner, Holen y Horowitz, 1995; Mancini y Bonanno, 2012), la investigación también apunta al potencial de resultados desadaptativos cuando las personas en duelo emplean estrategias de evitación en la pérdida de un ser querido, especialmente si sufren una pérdida traumática o repentina (Meier et al., 2013).

Otro factor personal que predice el duelo complicado es el historial previo de trastornos mentales, como el trastorno depresivo mayor o el trastorno por estrés postraumático (Melhem et al., 2001; Simon et al., 2007). Asimismo, el género ha sido identificado como un posible factor de riesgo de duelo complicado (Kersting et al., 2011). Por ejemplo, algunos estudios concluyen que las mujeres presentan mayor riesgo de desarrollar un duelo complicado (Neria et al., 2007; Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006).

#### *Factores interpersonales*

Uno de los principales predictores del duelo complicado es la relación de parentesco con el fallecido (Boelen, Van den Bout y Van den Hout, 2003b). Laurie y Neimeyer (2008), en un estudio con una muestra de 1.670 estudiantes universitarios en duelo, encontraron que el parentesco tenía un importante efecto en la predicción del duelo complicado. Los resultados de este estudio mostraron que los estudiantes que habían perdido a un familiar cercano presentaban más sintomatología de duelo que aquellos que habían sufrido la pérdida de una relación más distante. En la misma línea,

en el estudio longitudinal de Cleiren (1993), el parentesco demostró ser el predictor más fuerte del duelo, explicando el 15% de la varianza a los 14 meses después de la pérdida, de modo que los padres y cónyuges se afligieron más severamente que los hijos o hermanos adultos. Incluso cuando se controlaba la edad tanto del doliente como del hijo fallecido, el dolor era mayor para las madres a los 4 y 14 meses después de la pérdida, y la recuperación, más lenta.

Según diversos investigadores, las personas que han perdido a un hijo experimentan mayor sintomatología de duelo que las personas que han perdido a otro familiar (Fernández-Alcántara y Zech, 2017; Bernard y Guarnaccia, 2003; Gamino, Sewell y Easterling, 1998; Zisook y Lyons, 1988). En un estudio longitudinal con una muestra de 120 participantes (Middleton, Raphael, Burnett y Martinek, 1998), utilizando un cuestionario de duelo en cuatro momentos en los primeros 13 meses tras la pérdida, los resultados mostraron que las personas que sufrían la pérdida de un hijo experimentaban reacciones de duelo más intensas que en el caso de la pérdida de la pareja o de un progenitor. Otros estudios han sugerido que la pérdida de un hijo desencadena reacciones de duelo más persistentes en el tiempo que la pérdida de la pareja, un progenitor o un hermano (Leahy, 1993; Sanders, 1980). Kersting et al. (2011), en su estudio sobre la prevalencia del duelo complicado en una muestra de 2.520 personas en duelo, encontraron que las personas que habían sufrido la muerte de un hijo presentaban las tasas más elevadas de duelo complicado (23,6%). Otro estudio mostró que los padres que habían perdido a un hijo tenían una mayor puntuación en duelo crónico en comparación con las personas que habían sufrido una pérdida conyugal (Maccallum et al., 2015). Asimismo, los resultados de un estudio con 345 adultos en duelo (Zetumer et al., 2015) mostraron que los padres que habían perdido a un hijo experimentaban un duelo complicado más severo que aquellos que habían sufrido otra

pérdida. En este estudio, los padres en duelo mostraron niveles más altos de anhelo y preocupación por el fallecido, incredulidad, enfado, culpa y pensamientos y conductas suicidas que las personas que habían sufrido otro tipo de pérdida. Otro hallazgo significativo de este estudio fue que casi el 80% de los padres que perdieron hijos menores habían deseado estar muertos en algún momento desde la pérdida, frente al 53% de los que perdieron otra relación, a pesar de las similitudes en las puntuaciones de depresión de ambos grupos.

Es muy común que los padres que pierden a un hijo experimenten muchos de los síntomas centrales del duelo complicado. Por ejemplo, los padres a menudo tienen dificultades para aceptar el hecho de la muerte (Wheeler, 2001). La ira y la tristeza abrumadora son emociones muy frecuentes, especialmente en los padres que han perdido a su hijo a causa de accidente, suicidio u homicidio (Dyregrov, 1990; Murphy et al., 1999a). Los sentimientos persistentes de culpa y la búsqueda de significado son temas comunes (Murphy, Johnson y Lohan, 2003b; Wheeler, 2001) y parecen ser más prevalentes en los padres en duelo que en aquellos que han perdido una relación diferente (Cleiren, 1991). Estas reacciones, cuando perduran en el tiempo y contribuyen a un deterioro del funcionamiento de la persona, constituyen los síntomas de duelo complicado (Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011).

La muerte de un hijo posee algunas características intrínsecas que podrían explicar las diferencias en las reacciones ante la pérdida de un hijo frente a otras pérdidas (Zetumer et al., 2015). Por ejemplo, generalmente se reconoce que los sistemas de cuidado y apego descritos por primera vez por Bowlby (1980), aunque están presentes en otras relaciones, son más intensos en la relación entre padres e hijos (Ainsworth, 1989; Solomon y George, 1996). Por tanto, los padres son más vulnerables a las interrupciones en el cuidado de su hijo que en el caso de otro tipo de relación, y pueden

experimentar más culpa por lo que consideran un fracaso en su rol de cuidadores (Fletcher, 2002; Rubin y Malkinson, 2001). Además, la pérdida de un hijo contradice las suposiciones de los padres sobre el orden natural de las cosas en mayor medida que la pérdida de otro familiar (Neugarten, 1979). Es posible que la violación de este supuesto, que los hijos deben sobrevivir a sus padres, incremente la angustia traumática causada por la pérdida (Janoff-Bulman, 1992; Hendrickson, 2009; Parkes, 1975) y aumente la sintomatología de duelo complicado.

Por otro lado, los resultados del estudio de Kersting et al. (2011) mostraron que la segunda tasa de prevalencia más alta (20,3%) se encontró entre las personas que habían perdido a su cónyuge. Este hallazgo está en línea con los resultados del estudio de Fujisawa et al. (2010), que encontraron que la pérdida de un cónyuge se asociaba a un mayor riesgo de duelo complicado que la pérdida de un progenitor o de un hermano.

Respecto al caso específico de la pérdida por suicidio, hay evidencia de que un familiar de primer grado presenta un mayor riesgo de conducta suicida, que, como se ha apuntado, es una de las características del duelo complicado (Pitman, Osborn, King y Erlangsen, 2014). Sin embargo, en una revisión reciente cuyo objetivo era determinar la evidencia respecto al riesgo de suicidio entre las personas expuestas al suicidio, los resultados mostraron que la relación de cercanía con el fallecido puede tener un mayor impacto que la relación de parentesco (Maple, Cerel, Sanford, Pearce y Jordan, 2017). En este sentido, los autores de otro estudio (Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple y Marshall, 2014) proponen el concepto de *continuum of survivorship*, con el fin de clarificar el significado del término “superviviente de suicidio”. Según estos autores, hay diferentes niveles de impacto, que irían desde las personas expuestas a un suicidio, pasando por aquellas que resultan afectadas y concluyendo con las personas en duelo por una pérdida por suicidio que presentan un mayor impacto tanto a corto como a largo

plazo, como consecuencia de la pérdida de un vínculo emocional muy estrecho con el fallecido en esas circunstancias. En esta misma línea, otro estudio (Cerel, Maple, Aldrich y Van de Venne, 2013) concluye que la diferencia entre las personas que admitieron haber resultado significativamente afectadas por un suicidio y quienes no lo hicieron se basaba en su percepción de la calidad de su relación con el fallecido, no solo en el grado de parentesco. En este estudio, un porcentaje significativo de personas que habían perdido a un amigo, un compañero de trabajo o a un vecino por suicidio se vieron significativamente afectadas por estas muertes.

Otro factor de riesgo interpersonal en el desarrollo del duelo complicado es la falta de apoyo social percibido. Cerel, Jordan y Duberstein (2008) afirman que el apoyo social después de una pérdida, sea o no traumática, es un factor crucial para determinar el resultado del duelo, y la incapacidad del entorno social de brindar apoyo al doliente puede influir directamente en su trayectoria de duelo. Para Boelen et al. (2003c), las cogniciones negativas sobre las respuestas de otras personas ante la pérdida pueden estar directamente asociadas con algunos de los síntomas del duelo complicado, como el desapego emocional, el aumento de la activación y la amargura, así como también con síntomas de depresión. En el caso de las pérdidas por suicidio, un estudio (Pitman, Rantell, Marston, King y Osborn, 2017) sugiere un efecto amortiguador del apoyo social sobre los efectos negativos del estigma percibido: las personas con una baja puntuación en estigma informaban de un mayor apoyo social percibido.

#### *Factores relacionados con las circunstancias de la muerte*

Las circunstancias de la muerte constituyen otro de los factores de riesgo de complicación del duelo. Varios estudios han mostrado que la pérdida de un ser querido debido a una muerte inesperada se asocia a una reacción de duelo más severa que en el caso de muertes esperadas (Miyabayashi y Yasuda, 2007; Shah et al., 2013).

Se ha encontrado una gran variedad de problemas de salud mental, como depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas e ideación suicida en personas que han sufrido una pérdida violenta e inesperada (Brent et al., 2009; Dyregrov et al., 2003; Melhem et al., 2008; Murphy et al., 2003c; Zinzow et al., 2009). La prevalencia de los síntomas traumáticos varía considerablemente, pero algunos estudios han encontrado altos niveles de angustia varios años después de la muerte. Por ejemplo, en un estudio longitudinal con una muestra de 171 padres que perdieron a un hijo por muerte violenta, Murphy et al. (1999b) encontraron que el 21% de las madres y el 14% de los padres cumplían los criterios para el TEPT dos años después de la muerte. Después de cinco años, el 28% de las madres y el 12,5% de los padres continuaron cumpliendo los criterios de diagnóstico de TEPT (Murphy, Johnson, Chung y Beaton, 2003a). Estos porcentajes son considerablemente más elevados que en la población general. Se considera asimismo que las muertes violentas generan en los familiares una mayor incidencia de enfermedades físicas como ataque al corazón, accidente cerebro-vascular o cáncer (Currier, Holland, Coleman y Neimeyer, 2008).

Los individuos en duelo por causas violentas tienen mayor dificultad para encontrar un sentido o un significado positivo a la pérdida en comparación con aquellos en duelo por causas naturales (Currier et al., 2008; Holland y Neimeyer, 2011). En particular, un estudio encontró que la capacidad de darle un sentido a la pérdida mediaba significativamente la asociación entre la causa de muerte y los síntomas de duelo complicado (Currier, Holland y Neimeyer, 2006).

Las muertes por medios violentos poseen unas características específicas que las distinguen de otros tipos de muerte. Dos de los posibles componentes traumáticos comunes a las muertes por suicidio, homicidio y accidente son los factores relacionados con lo inesperado y repentino de la muerte y con la violencia. Cualquier pérdida

repentina hace que sea difícil para los familiares comprender y asumir la realidad de la muerte de un ser querido. Además, las muertes violentas provocan frecuentemente que el cuerpo de la persona fallecida resulte severamente mutilado o desfigurado, lo que puede llevar a los dolientes a evitar ver el cuerpo del fallecido, dificultando así la integración de la pérdida (Kristensen, Weisæth y Heir, 2012).

Entre las muertes violentas, se considera que el suicidio de un ser querido provoca el duelo más devastador para sus allegados (Jordan, 2008). Los resultados de un estudio (Dyregrov, Nordanger y Dyregrov, 2003) muestran que las personas en duelo por suicidio experimentan una prevalencia del 78% de duelo complicado. En un reciente estudio (Tal et al., 2017) que comparaba los pensamientos, sentimientos y conductas en personas en duelo por suicidio, accidente / homicidio y causas naturales se encontró que las personas con duelo complicado después del suicidio de un ser querido presentaban las tasas más altas de depresión crónica, ideación suicida pasiva, sentimientos de culpa y deterioro en el trabajo y en la vida social.

Los supervivientes de una pérdida por suicidio a menudo se enfrentan a desafíos únicos que difieren de aquellos que han sufrido una pérdida por otras causas. Además del dolor, la tristeza y la incredulidad, comunes a todo tipo de duelo, la culpa abrumadora, la confusión, el rechazo, el abandono, la vergüenza y el enfado son prominentes (Jordan, 2001; Jordan, 2008). Estas experiencias dolorosas pueden complicarse por los efectos del estigma (Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman y Jordan, 2009) y el trauma (Murphy et al., 2003c). Sveen y Walby (2008), en una revisión de 41 estudios sobre las reacciones de los supervivientes de una pérdida por suicidio en comparación con los supervivientes de otras causas de muerte, encontraron una mayor incidencia de rechazo, culpa, vergüenza, estigma y necesidad de ocultar las circunstancias de la muerte entre las personas en duelo por suicidio en comparación con

otras causas de muerte. Como señala Jordan (2008), ciertas características del duelo por suicidio que son cualitativamente diferentes de otras formas de duelo pueden complicar el proceso de elaboración del duelo en los supervivientes. Entre las características específicas del duelo por suicidio figuran la necesidad de dar un sentido a la muerte y comprender por qué la persona se suicidó, los intensos sentimientos de culpa y responsabilidad por la muerte, el sentimiento de abandono y rechazo y la ira (Young et al., 2012).

En el caso del suicidio de una persona muy cercana, incluso la anticipación del suicidio parece no tener efectos significativos en la reducción de la reacción ante la pérdida (Miyabayashi y Yasuda, 2007).

### *1.3.3. Culpa*

La culpa es una respuesta común tras la pérdida de un ser querido y es considerada un tema central en el proceso de duelo (Li et al., 2018). El modelo multidimensional de culpa relacionada con el trauma propuesto por Kubany y Watson (2003) puede ayudar a explicar por qué numerosas personas en duelo experimentan sentimientos de culpa después de la muerte de un ser querido. Según este modelo, la intensidad de la culpabilidad de una persona es una combinación de angustia emocional y cuatro creencias cognitivas: (a) la responsabilidad personal en la causa de un resultado negativo, (b) la justificación insuficiente para las acciones de uno, (c) una violación de los valores o costumbres propias, y (d) la creencia de que una persona razonable debería haber previsto y, por tanto, impedido los acontecimientos que condujeron al resultado negativo.

El sentimiento de culpabilidad se asocia con una responsabilidad desproporcionada y/o irracional en relación con la muerte. Li definió la culpa en el

duelo como “una reacción emocional de arrepentimiento, con el reconocimiento de no haber cumplido con los propios estándares y expectativas internas en relación con el fallecido y/o la muerte” (Li et al., 2014, p. 166). Para algunos investigadores la culpa es una reacción normal (Shuchter y Zisook, 1993), mientras que otros consideran que la culpa está asociada al duelo patológico (Parkes, 1975; Raphael, 1975).

La culpa es una reacción emocional que conlleva sentimientos de tensión, arrepentimiento y remordimiento (Duncan y Cacciatore, 2015). En términos generales se la considera una respuesta adaptativa, en tanto correlaciona con la empatía y la conducta prosocial (Behrendt y Ben-Ari, 2012; Brown, 2006; Tangney, Stuewig y Mashek, 2007), generando en las personas sentimientos que las capacitan para compensar a través de la conducta el daño causado, en contraposición a la vergüenza, en la que la perspectiva de remediar el daño se percibe lejana o imposible (Tangney y Salovey, 1999). Precisamente es esta imposibilidad de remediar el daño causado lo que convertiría la culpa en el proceso de duelo en un sentimiento complicado.

Respecto a la prevalencia de la culpa en las personas en duelo, Stroebe et al. (2014), en una revisión de estudios realizados sobre la culpa en el duelo, encontraron que variaba significativamente desde un 7% (Zisook y Shuchter, 1985) a casi el 90% (Miles y Demi, 1992; Mizota, Ozawa, Yamazaki y Inoue, 2006), con una media entre el 30% y el 60% (Davis, Lehman, Silver, Wortman y Ellard, 1996; Lehman, Wortman y Williams, 1987; Shanfield y Swain, 1984; Weinberg, 1994). Stroebe et al. (2014) proponen que la diferencia en los resultados podría deberse a las características de los subgrupos investigados. Por ejemplo, un estudio cuyos resultados demuestran una prevalencia de la culpa del 80% se llevó a cabo con una muestra de mujeres cuyos hijos habían fallecido a causa del sida o de la hemofilia, enfermedades que ellas les habían transmitido (Mizota et al., 2006).

Por otro lado, la discrepancia de los resultados en relación con la culpa podría deberse también a las distintas escalas utilizadas para medirla (Stroebe et al., 2014). En la mayoría de los estudios llevados a cabo sobre la culpa en el duelo se han utilizado escalas elaboradas para evaluar las reacciones de duelo que incluyen ítems relacionados con la culpa, pero que no miden específicamente esta emoción; por ejemplo, el Bereavement Experience Questionnaire (Demi y Schroeder, 1987), el Grief Evaluation Measure (Jordan, Baker, Matteis, Rosenthal y Ware, 2005), la Perinatal Grief Scale (Potvin, Lasker y Toedter, 1989), el Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995b) o el Grief Experience Inventory (Sanders, Mauger y Strong, 1985). En otros estudios se han utilizado cuestionarios para medir la culpa como el TOSCA (Tangney, Wagner y Gramzow, 1989), cuya subescala de culpa, según algunos autores, posee una baja consistencia interna, no correlaciona significativamente con otras medidas de culpa y mide la culpa adaptativa, pero no la desadaptativa (Barr, 2012; Luyten, Fontaine y Corveleyn, 2002; Rizvi, 2010). Asimismo, el hecho de que muchos estudios no analicen los efectos del tiempo transcurrido desde la pérdida puede explicar el rango de prevalencia, ya que estos estados afectivos tienden a disminuir con el paso del tiempo (Duncan y Cacciatore, 2015).

Otra dificultad para evaluar la culpa en el duelo puede ser la divergencia en su conceptualización (Li, Stroebe, Chan y Chow, 2014). Para algunos investigadores, la culpa es una estrategia de afrontamiento (Garnefski y Kraaij, 2009; Weinberg, 1994; Leon, 1992), mientras que otros consideran la culpa como un conjunto de cogniciones (Boelen, Van den Bout y Van den Hout, 2003c; Davis, Lehman, Wortman y Silver, 1995; Downey, Silver y Wortman, 1990), o como una emoción que forma parte del duelo (Harwood, Hawton, Hope y Jacoby, 2002; Kowalski y Bondmass, 2008). Para Stroebe et al. (2014), la culpa presenta aspectos tanto cognitivos como afectivos. Li et

al. (2018) consideran que la culpa tras la muerte de un ser querido es un constructo multidimensional, que incluye diferentes componentes, entre ellos la culpa hacia uno mismo o autculpa y el remordimiento. La autculpa en el duelo se refiere a la atribución a uno mismo de la responsabilidad por la muerte (Davis et al., 1996; Weinberg, 1994), mientras que el remordimiento se define como una emoción negativa acompañada de la creencia de que uno podría haber hecho algo de forma diferente para generar un resultado más deseable respecto a la relación con el fallecido o a los hechos relacionados con la muerte (Stroebe et al., 2014). La autculpa está asociada a mayor ansiedad y depresión y a más sintomatología postraumática (Cacciatore, Froen y Killian, 2013; Jind, 2003), mientras que la culpa como concepto general se relaciona con una mayor intensidad en las reacciones de duelo (Barr, 2004, 2012; Barr y Cacciatore, 2007).

Las personas en duelo pueden sentirse culpables por varias razones, como no haber podido evitar la muerte, no haber hecho lo suficiente por el fallecido o disfrutar de la vida nuevamente después de la muerte del ser querido (Smith, Nunley, Kerr y Galligan, 2011). Asimismo, la persona en duelo puede experimentar sentimientos de culpa por conflictos no resueltos en su relación con el fallecido (Field y Bonanno, 2001).

Según Stroebe y Schut (2001), los factores que pueden asociarse a mayores niveles de culpa incluyen factores situacionales, como el tiempo transcurrido desde la pérdida, la causa de la muerte, la relación con el fallecido y los cuidados paliativos recibidos; factores personales, como el género y las creencias religiosas, y factores interpersonales, como el apoyo social.

Respecto a la influencia de las circunstancias de la muerte sobre la culpa, varios estudios han mostrado que los niveles de culpa correlacionan con el trastorno de estrés

postraumático, la depresión y el trastorno de duelo prolongado entre las personas que sufren la pérdida de un ser querido tras una catástrofe (Kuo et al., 2003) y en los adolescentes afectados por el suicidio de un allegado (Melhem et al., 2004). En esta misma línea, los hallazgos de otro estudio (Bell, Stanley, Mallon y Manthorpe, 2012) sugieren que la culpa está más presente en el duelo por suicidio que en otros tipos de duelo.

Por su parte, Tal et al. (2017), en un estudio que comparaba las características demográficas iniciales, las características clínicas y los pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con el duelo en una muestra de 395 personas en duelo por suicidio, accidente/homicidio y causas naturales, encontraron diferencias significativas en los procesos cognitivos entre las personas en duelo por suicidio respecto a otros tipos de pérdida. En concreto, los resultados mostraron que los supervivientes del suicidio de un ser querido experimentan más culpa por la muerte de sus seres queridos. Específicamente, la idea de que deberían haber hecho algo para evitar la muerte fue el pensamiento más sobresaliente y distintivo. Estos resultados concuerdan con los hallazgos encontrados en una revisión de 11 estudios cualitativos que abordan temas relacionados con el proceso de duelo después del suicidio de un ser querido (Shields, Kavanagh y Russo, 2017). Nueve de estos estudios identificaron la culpa como el sentimiento más prominente en el duelo por suicidio (Begley y Quayle, 2007; Dunn y Morrish-Vidners, 1988; Fielden, 2003; Maple, Plummer, Edwards y Minichiello, 2007; Owens, Lambert, Lloyd y Donovan, 2008; Sands y Tennant, 2010; Tzeng, Su, Chiang, Kuan y Lee, 2010; Van Dongen, 1991). Los mayores niveles de culpa entre los supervivientes pueden explicarse por la creencia generalizada de que el suicidio es una opción y que la muerte por suicidio se puede prevenir (Shear y Zisook, 2014; Young et al., 2012).

En cuanto al impacto de la culpa en las personas que han sufrido una pérdida significativa, numerosos estudios señalan el efecto perjudicial en su estado de salud tanto física como mental, así como en la evolución de su proceso de duelo. Por ejemplo, algunos trabajos han encontrado que la culpa está asociada con la angustia psicológica (Davis et al., 1995; Downey et al., 1990; Field y Bonanno, 2001; Field, Bonanno, Williams y Horowitz, 2000; Horowitz et al., 1984; Torges, Stewart y Nolen-Hoeksema, 2008). Otros estudios encontraron una correlación positiva entre la culpa y las reacciones traumáticas (Mizota et al., 2006; Nader, Pynoos, Fairbanks y Frederick, 1990; Schwarz y Kowalski, 1992), y otros trabajos documentaron una asociación entre la culpa y el deterioro de la salud física (Hazzard, Weston y Gutterres, 1992; Kowalski y Bondmass, 2008). La asociación entre la culpa y una mayor inadaptación también se refleja en las correlaciones positivas entre la culpa y los síntomas de duelo (Akiyama, Numata y Mikami, 2010; Boelen y Lensvelt-Mulders, 2005; Boelen, Van den Bout y Van den Hout, 2003c; Field et al., 2000; Gamino, Sewell y Easterling, 2000; Mizota et al., 2006; Weinberg, 1994, 1995). La relación inversa entre la culpa y el resultado positivo después de una pérdida encontrada en otro estudio (Gamino et al., 2000) confirma la asociación entre la culpa y los resultados de salud desadaptativos.

La culpa se asocia también a un incremento de la desesperanza y la depresión y a problemas como autolesión, ideación suicida y abuso de sustancias (Nader, 2001). Un estudio reciente investigó la relación entre la culpa y el bienestar en las personas en duelo y exploró las posibles diferencias en las asociaciones entre la culpa en el duelo complicado y la culpa en la depresión (Li et al., 2018). Los resultados mostraron que la culpa tiene una asociación más estrecha con el duelo complicado que con la depresión.

Estos hallazgos señalan el papel significativo de la culpa en la salud física y mental de las personas en duelo. Parece, por tanto, que la culpa ejerce un impacto

negativo en el proceso de duelo, aunque varios investigadores han planteado la hipótesis de que, a pesar del malestar psicológico que genera, la culpa relacionada con el duelo, específicamente la autculpa, puede desempeñar una función adaptativa en algunos casos, como en la pérdida de un hijo, lo que fomenta una mayor sensación de bienestar: dar un sentido a una muerte que parece incomprensible (“ha muerto porque yo hice esto o no hice lo otro...”), lo que puede proporcionar una sensación de control que contribuye a disminuir la angustia psicológica (Lichtenthal, Currier, Neimeyer y Keesee, 2010; Wheeler, 2001).

#### *1.3.4. Rumiación*

La rumiación como mecanismo cognitivo se ha asociado a síntomas de depresión y ansiedad (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). Se considera que interfiere en la resolución de problemas (Lyubomirsky y Tkach, 2004), influye en el apoyo social al dificultar las relaciones (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008) y se asocia con déficits en el control cognitivo (Joormann, Levens, y Gotlib, 2011, Zetsche, D'Avanzato y Joormann, 2012). También se ha comprobado que la rumiación desempeña un papel mediador en factores de riesgo de depresión como el estilo cognitivo negativo, la autocrítica y los antecedentes de depresión (Spasojević y Alloy, 2001).

La exposición a acontecimientos vitales estresantes se asocia a un aumento significativo de la rumiación (Michl, McLaughlin, Shepherd y Nolen-Hoeksema, 2013). En esta línea, Hervás y Vázquez (2011) proponen que algunos factores situacionales podrían estar relacionados con la sobrecarga emocional generada por eventos traumáticos, y esta acumulación de emociones podría incrementar las respuestas rumiativas. Según estos autores (Hervás y Vázquez, 2006), la complejidad emocional, es decir, la tendencia a experimentar la tristeza junto con otras emociones, presenta un

mayor peso en la predicción de la rumiación que otros factores asociados al estilo rumiativo como una mayor atención emocional, menor claridad emocional o menor reparación emocional.

En el contexto del duelo, la rumiación se define como el pensamiento repetitivo y recurrente sobre la pérdida, sus consecuencias y las emociones negativas relacionadas con la misma (Boelen, Van den Bout y Van den Hout, 2003b, 2006c; Boelen y Van den Hout, 2008; Van der Houwen, Stroebe, Schut, Stroebe y Van den Bout, 2010). Numerosos investigadores consideran que la rumiación desempeña un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de duelo complicado (Boelen, Van den Hout y Van den Bout, 2006c; Shear et al., 2007; Van der Houwen et al., 2010). Por ejemplo, se ha encontrado una fuerte asociación entre la rumiación sobre la injusticia percibida de la muerte y la depresión y el duelo complicado (Eisma et al., 2015a). Además, el uso de las posesiones del difunto para ayudar a rumiar sobre los recuerdos del fallecido está asociado con el duelo prolongado (Boelen, Stroebe, Schut y Zijerveld, 2006a; Field, Nichols, Holen y Horowitz, 1999). Por otro lado, en un estudio realizado con una muestra de 106 personas en duelo por la muerte de un hijo los resultados mostraron que el afrontamiento rumiativo estaba asociado significativamente con el desarrollo de trastorno de depresión mayor, por lo que este estilo de afrontamiento puede considerarse un factor de riesgo de depresión tras la pérdida de un hijo (Ito et al., 2003).

Los hallazgos de algunos estudios sugieren que las personas en duelo pueden usar la rumiación como un medio para evitar implícitamente la realidad de la pérdida (Eisma et al., 2015b). Se considera que esta estrategia ansiosa de afrontamiento evitativo permite a las personas en duelo autorregular sus pensamientos alejándolos de la realidad de la pérdida, lo que, a su vez, puede evitar que integren la pérdida en sus vidas (Boelen

et al., 2006c; Eisma et al., 2013; Stroebe, Boelen, Van den Hout, Stroebe, Salemink y Van den Bout, 2007a).

Se han estudiado dos tipos de rumiación en relación con el duelo: la rumiación depresiva y la rumiación relacionada con la pérdida. La rumiación depresiva, definida como el enfoque repetitivo y pasivo sobre los síntomas depresivos y sus posibles causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, 2001), ha sido asociada con síntomas psicopatológicos después de una pérdida. Por ejemplo, las personas que presentan niveles altos de rumiación generalmente experimentan más depresión, ansiedad, estrés postraumático y síntomas de duelo complicado y malestar general (Eisma et al., 2015a, 2014, 2012; Ito et al., 2003; Morina, 2011; Nolen-Hoeksema, McBride y Larson, 1997; Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994). También existe evidencia de que la rumiación depresiva conduce a una adaptación más pobre al duelo a lo largo del tiempo. Por ejemplo, Nolen-Hoeksema et al. (1994) demostraron que la rumiación después de perder a un miembro de la familia predijo niveles más altos de depresión cinco meses después, incluso después de controlar los síntomas de depresión y el apoyo social percibido al inicio del estudio.

El otro tipo de rumiación estudiada en relación con el duelo es la rumiación sobre la pérdida. La rumiación sobre la pérdida se suele focalizar en el pensamiento contrafáctico acerca de los eventos que conducen a la muerte, es decir, imaginar realidades pasadas alternativas en las que la persona no habría muerto (por ejemplo, “¿Pude haber hecho algo diferente para evitar la pérdida?”). La rumiación puede centrarse también en la injusticia de la pérdida, su significado, las reacciones emocionales que se experimentan y las respuestas de las personas del entorno (Eisma y Stroebe, 2017). Al igual que la rumiación depresiva, la rumiación sobre la pérdida se asocia con mayores niveles de síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático y

duelo complicado (Eisma et al., 2015a, 2014, 2012; Boelen y Van den Hout, 2008; Van der Houwen et al., 2010). Sin embargo, la rumiación sobre la pérdida ha demostrado ser un mejor predictor longitudinal de los problemas de salud mental después del duelo que la rumiación depresiva (Eisma et al., 2015a, 2014, 2013, 2012). Sin embargo, según Eisma et al. (2015a), esto no implica que todas las formas de rumiación sobre la pérdida sean desadaptativas. Específicamente, en una investigación longitudinal de subtipos de rumiación sobre la pérdida, se demostró que la reflexión sobre la comprensión de las propias reacciones emocionales pronosticaba longitudinalmente la experiencia de síntomas de duelo complicado menos graves (Eisma et al., 2015a).

Dos teorías explican los efectos desadaptativos de la rumiación después de la pérdida: la Teoría del Estilo de Respuesta (*Response Styles Theory*) (Nolen-Hoeksema, 2001) y la Hipótesis de la Rumiación como Evitación (*Rumination as Avoidance Hypothesis*) (Stroebe et al., 2007b). El concepto clave de la Teoría del Estilo de Respuesta es que la rumiación conduce a una adaptación más pobre a la pérdida porque funciona como una estrategia de confrontación, a través de la cual las personas piensan repetidamente sobre las emociones negativas que experimentan como consecuencia de la pérdida. Incluso se ha considerado que la rumiación es lo opuesto a la negación y la supresión (Michael y Snyder, 2005; Nolen-Hoeksema, 2001; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Según la Teoría del Estilo de Respuesta, el enfoque recurrente sobre los pensamientos negativos puede empeorar el estado de ánimo al aumentar el acceso a las cogniciones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, y puede afectar a la participación en actividades que podrían mejorar la situación de la persona en duelo. Asimismo, según esta teoría, repasar repetidamente los pensamientos rumiativos con amigos y familiares puede hacer que estos se muestren menos inclinados a proporcionar apoyo social, lo que aumenta el estado de ánimo deprimido de la persona en duelo.

Muchas de las suposiciones de esta teoría se han demostrado en estudios de investigación. Por ejemplo, en un estudio se encontró que la rumiación reducía la participación en actividades sociales, ocupacionales y recreativas, lo que generaba más síntomas depresivos en el transcurso de un año (Eisma et al., 2013).

La segunda teoría, la Hipótesis de la Rumiación como Evitación (Stroebe et al., 2007b), propone que la rumiación puede desempeñar una función de evitación cognitiva y, por tanto, llevar a una adaptación emocional más pobre a la pérdida. Por ejemplo, una persona en duelo puede centrarse repetidamente en el pensamiento contrafáctico (ej. “si le hubiera llevado antes al hospital aún estaría vivo”) para evitar pensar en la irreversibilidad de la pérdida, lo que podría tener consecuencias negativas en la evolución del duelo, porque esa evitación podría impedir la integración de los recuerdos personales sobre la pérdida, aumentando de esta forma las complicaciones en el proceso de duelo (Boelen et al., 2006c; Stroebe et al., 2007b).

Morina (2011), en un estudio con una muestra de 100 viudas que habían perdido a su marido en la guerra de Kosovo, demostró que las viudas que presentan niveles elevados de rumiación muestran una mayor tendencia a utilizar la evitación experiencial (es decir, evitar las experiencias internas como emociones, pensamientos y recuerdos).

En otro estudio, cuyo objetivo era comprobar si los procesos de evitación podrían explicar por qué el afrontamiento de las personas con rumiación conduce a problemas de salud mental en una muestra de 300 personas que habían sufrido una pérdida reciente (Eisma et al., 2013), el hallazgo principal fue que la evitación experiencial a los 6 meses explicaba totalmente la relación entre la rumiación de la pérdida y los síntomas de duelo complicado a los 12 meses, incluso después de controlar los síntomas iniciales. Además, después de eliminar la evitación experiencial del modelo, se descubrió que la supresión del pensamiento podría explicar de manera similar la relación entre la rumiación y los

síntomas de duelo complicado. Este estudio también sugirió que los pensamientos rumiativos podrían servir para suprimir pensamientos más amenazantes relacionados con la pérdida. En un estudio experimental (Eisma et al., 2015b), los resultados mostraron que las personas con más nivel de rumiación presentaban puntuaciones más elevadas en la evitación automática de imágenes del fallecido combinadas con una palabra de pérdida, pero no con otros tipos de palabras. Este efecto se mantuvo incluso después de controlar los síntomas de depresión y estrés postraumático, pero no cuando se controlaron los síntomas de duelo complicado.

Los resultados de estudios revisados parecen sugerir que los pensamientos rumiativos en el duelo se asocian con la evitación cognitiva y emocional, específicamente con la evitación de los aspectos más dolorosos de la pérdida, como la separación del fallecido (Eisma y Stroebe, 2017).

#### *1.3.5. Regulación emocional*

La regulación emocional ha sido definida como el esfuerzo consciente o inconsciente de influir en la probabilidad de aparición, la intensidad y la duración de una emoción (Gross, 1998). Se considera que la regulación de la emoción es el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo experimentan y expresan esas emociones (Rottenberg y Gross, 2003). Gratz y Roemer (2004) ampliaron esta idea al considerar los componentes necesarios para una efectiva regulación de las emociones, que incluyen la conciencia y aceptación de las emociones, la capacidad de cambiar las emociones de acuerdo con los objetivos y la capacidad de controlar el comportamiento frente a las emociones negativas.

Los déficits en la regulación emocional parecen ser relevantes para el desarrollo y mantenimiento de diversas formas de psicopatología. Numerosas investigaciones

demuestran que los déficits en la capacidad de manejar de manera adecuada las emociones negativas están relacionados con depresión (Compare, Zarbo, Shonin, Van Gordon y Marconi, 2014; Joormann y Stanton, 2016), ansiedad (Cisler y Olatunji, 2012), trastorno límite de la personalidad, trastorno por consumo de sustancias, trastornos alimentarios y otros síntomas psicopatológicos (Berking y Wupperman, 2012).

En el contexto específico del duelo, la incapacidad o dificultad en la regulación emocional podría considerarse como uno de los factores que conducen al desarrollo del duelo complicado (Bonanno, 2009; Gupta y Bonanno, 2011; Bonanno, Goorin y Coifman, 2008). Por ejemplo, en un estudio experimental con 65 viudos y viudas, se evidenció que las personas con duelo complicado mostraban menos expresión emocional que las personas sin duelo complicado (Diminich y Bonanno, 2014). En otro estudio experimental (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman, 2004) realizado con una muestra de 101 estudiantes, los resultados mostraron que la capacidad de modular las emociones dolorosas, y no simplemente expresarlas, está asociada con una adaptación más favorable a la pérdida.

Un estudio cuasi-experimental realizado con una muestra de 47 participantes evidenció que la experiencia subjetiva de emoción y psicopatología emocional difiere entre las personas con duelo complicado y sin duelo complicado, encontrando un número significativamente mayor de síntomas emocionales en las personas con duelo complicado (Fernández-Alcántara et al., 2016). Otros estudios han mostrado que las personas con duelo complicado presentan dificultades tanto en la mejora como en la supresión de la emoción (Gupta y Bonanno, 2011), lo que parece sugerir una falta de flexibilidad emocional (Bonanno y Burton, 2013).

Varios estudios han investigado el papel de las estrategias de regulación emocional adaptativa y desadaptativa en el duelo complicado (Boelen et al., 2006c; Maercker, Bonanno, Znoj y Horowitz, 1998; Riley, LaMontagne, Hepworth y Murphy, 2007). Scheibe y Carstensen (2010) encontraron que los adultos mayores tienen una mayor capacidad para regular sus emociones. Esto es atribuible al hecho de que este grupo de población ha tenido más tiempo para adquirir experiencia y practicar el manejo de situaciones emocionales, lo que permite el aprendizaje de estrategias para afrontar los procesos emocionales. Este progresivo aumento en el conocimiento de las emociones conduce al uso de mecanismos de regulación emocional más adaptativos en situaciones estresantes (Blanchard-Fields, 2007), por lo que requieren menos esfuerzo por parte de los individuos (Scheibe y Blanchard-Fields, 2009). Greenberg (2002), por su parte, descubrió que las personas con más conciencia emocional (individuos que centran su atención en las emociones) poseen una mayor capacidad de regulación de las emociones. La falta de claridad emocional se asocia no solo con duelo complicado y depresión (Silva, 2010), sino también con estrés postraumático (Ehring y Quack, 2010; Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007). La claridad emocional se define como el grado en que los individuos conocen y saben distinguir las emociones activadas (Gratz y Roemer, 2004). Los altos niveles de claridad emocional están relacionados con una menor intrusión y menos pensamientos negativos innatos, por lo que se correlacionan con pensamientos y estados de ánimo más positivos (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).



## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Tal y como se ha revisado, el proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido ha sido ampliamente estudiado en las últimas décadas, sin embargo existen áreas que no han sido suficientemente investigadas o presentan discrepancias entre los resultados de los diferentes estudios que las han abordado. Una de estas áreas es la prevalencia de la culpa en la población en duelo y el uso de diferentes instrumentos de medida, así como las diferencias de los resultados en relación al papel que desempeña la causa de la muerte sobre la culpa. Otro aspecto sobre el que hay escasa investigación, pero que podría ser relevante de acuerdo a la revisión previa, es el efecto que pueden tener la rumiación y la regulación emocional en los niveles de culpa que experimentan las personas en duelo, teniendo en cuenta las circunstancias de la muerte y el grado de parentesco con el fallecido.

Para la presente tesis se ha elegido la culpa como objeto de estudio porque, como se ha señalado, es uno de los temas centrales en el proceso de duelo que pueden afectar a su evolución. Para profundizar en el conocimiento de la culpa se han estudiado posibles variables predictoras como el grado de parentesco, la causa de la muerte, la rumiación y la regulación emocional. Por tanto, el objetivo general de esta tesis es analizar la culpa asociada al duelo y estudiar el papel de los procesos de rumiación y regulación emocional en el desarrollo de la culpa en el duelo complicado, incluyendo el rol de aspectos de la pérdida como las circunstancias de la muerte y el parentesco con el fallecido. Para alcanzar este objetivo se desarrollaron tres diseños de investigación que dieron lugar a tres estudios. A continuación, se detallan los objetivos específicos de cada uno de los estudios, así como las hipótesis de trabajo de los mismos.

*Objetivos específicos 1 y 2 (Estudio 1):*

1. Explorar la culpa asociada al duelo teniendo en cuenta las causas de la muerte (muerte natural esperada, inesperada, accidente, suicidio y muerte perinatal).

2. Analizar las diferencias en las puntuaciones de culpa que pueden deberse al uso de distintas escalas para medir esta variable.

**Hipótesis de trabajo:**

a) Las circunstancias de la muerte afectan a los niveles de culpa que experimentan las personas en duelo, por lo que las personas que han sufrido una pérdida por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que las personas que han sufrido una pérdida debido a muerte natural esperada, muerte natural inesperada, accidente y muerte perinatal.

b) Las escalas diseñadas específicamente para medir la culpa en el contexto del duelo proporcionan resultados más significativos que aquellas dirigidas a la población general.

*Objetivo específico 3 (Estudio 2):*

3. Analizar el papel de la rumiación en la relación entre la causa de la muerte y la culpa presente durante duelo.

**Hipótesis de trabajo:**

a) Las personas que han sufrido una pérdida por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que las personas que han sufrido una pérdida debido a una muerte natural esperada o inesperada o a un accidente.

b) La rumiación desempeña un papel mediador en la culpa que experimentan las personas que han sufrido una pérdida por suicidio respecto a aquellas cuya pérdida se ha debido a una muerte natural esperada, a una muerte inesperada o a un accidente.

*Objetivo específico 4 (Estudio 3):*

4. Analizar el papel de la regulación emocional y el parentesco en la relación entre la culpa y la causa de la muerte.

Hipótesis de trabajo:

a) Las personas que han sufrido el suicidio de un ser querido experimentan mayores niveles de culpa que cuando la pérdida ha sido por enfermedad o por accidente.

b) La regulación emocional desempeña un papel mediador en la relación entre la causa de la muerte y la culpa, esperando mayores niveles de culpa cuando existan mayores dificultades en la regulación emocional.

c) La pérdida de un ser querido por suicidio dificulta la regulación emocional en relación con la culpa, pero solo cuando el fallecido es un hijo.



### **3. METODOLOGÍA**

Con el fin de alcanzar los objetivos de la presente tesis se llevaron a cabo tres estudios: *Guilt and bereavement: effect of the cause of death, and measuring instruments*, *The role of rumination in the guilt associated with bereavement according to cause of death*, y *Cause of death and guilt in bereavement: the role of emotional regulation and kinship*. En los tres estudios, la causa de la muerte, que se utiliza como variable independiente en un diseño ex post facto de tipo prospectivo, se recogió en un cuestionario específicamente diseñado con preguntas sobre las circunstancias de la muerte.

Para medir los niveles de duelo complicado en las muestras de los tres estudios se utilizó el Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano (Limonero-García, Lacasta-Reverte, García, Maté-Méndez y Prigerson, 2009). El IDC es una escala elaborada por Prigerson et al. (1995b), compuesto por 19 ítems en una escala Likert de 5 puntos. La consistencia interna de la escala original es  $\alpha = ,94$ . La consistencia interna del IDC adaptado al castellano es  $\alpha = 0,88$  y la fiabilidad test-retest, realizada con 30 sujetos al cabo de 4 meses, es 0,81. En el primer estudio de la presente tesis el IDC presentó una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha = ,89$ ), en el segundo estudio también fue satisfactoria ( $\alpha = ,88$ ) y en el tercer estudio la consistencia interna fue  $\alpha = ,78$ .

A continuación se detalla la metodología específica de cada uno de los estudios.

#### **3.1. Metodología Estudio 1**

##### *3.1.1. Participantes*

Para este primer estudio se seleccionó una muestra compuesta por 73 personas en proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido, de las cuales 51 asistían a un Centro

de Atención al Duelo y 22 no disponían de apoyo clínico. El 72,6% eran mujeres y el 27,4% varones, con una media de edad de 48,8 años ( $DT = 13,9$ ). De los participantes en el estudio, el 53,4% habían perdido a un hijo y el 46,6% restante habían sufrido la pérdida del cónyuge, un progenitor, un hermano, un nieto, un abuelo o un amigo.

El tiempo transcurrido desde la pérdida oscilaba entre 3 meses y 5 años, siendo el porcentaje más elevado (28,8%) el de personas que habían sufrido la pérdida hacía un año, seguido del porcentaje de aquellos que habían perdido a su ser querido en los últimos 12 meses (24,7%) y el de personas cuyo familiar había fallecido hacía tres años (24,7%). En cuanto a las circunstancias de la muerte, en el 43,8% de los casos el fallecimiento se había producido a causa de una enfermedad terminal, en el 20,5% por suicidio, en el 13,7% la muerte se debió a una enfermedad repentina (infarto), en el 13,7% el fallecimiento fue causado por un accidente (de tráfico, doméstico) y en el 8,2% de los casos se trataba de una muerte perinatal.

### *3.1.2. Instrumentos de medida*

La causa de la muerte se recogió en una encuesta específicamente diseñada con preguntas sobre la causa de la muerte: muerte natural esperada, inesperada, accidente, suicidio y muerte perinatal.

Para medir la culpa en el duelo se utilizaron dos escalas: el Bereavement Guilt Scale (BGS) y el SC-35, así como los ítems del Tübingen Bereavement Symptoms Questionnaire (TBSQ) referidos a la autculpa y al remordimiento, además de un cuestionario para recabar datos como la edad, el sexo, la fecha del fallecimiento, la edad del fallecido, la relación de parentesco y las circunstancias de la muerte.

El BGS (Li et al., 2015) es una escala diseñada específicamente para medir la culpa en personas que han sufrido una pérdida. Para la traducción de la escala hemos

seguido las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013), para lo cual se realizó una traducción y una retrotraducción del español al inglés, a cargo de un traductor anglo-hablante experto, lo que garantiza la adecuación tanto lingüística como semántica de los ítems. El BGS posee una buena consistencia interna, con un índice de fiabilidad de ,70 y una fiabilidad test-retest de ,94. En la muestra de este trabajo se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de ,76, que puede considerarse satisfactorio según los criterios de Prieto y Muñiz (2000) para valorar los índices de fiabilidad de consistencia interna.

El SC-35 (Zabalegui, 1993) es una escala que mide la disposición o tendencia de las personas a experimentar sentimientos de culpa. Su grado de consistencia interna es alto, con un índice de fiabilidad de ,88, y presenta una correlación de ,64 con la escala 0 del 16 PF.

El Tübingen Bereavement Symptoms Questionnaire (TBSQ) es un cuestionario creado específicamente para el Tübingen Longitudinal Study of Bereavement sobre los factores de riesgo en el ajuste al duelo conyugal (Stroebe y Stroebe, 1993). Para su estudio sobre la culpa en el duelo, Stroebe et al. (2014) utilizan las subescalas de autoculpa y remordimiento del TBSQ. Estas subescalas son las que se han usado en este primer estudio, utilizando para su traducción las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test (Muñiz et al., 2013). La subescala de autoculpa posee una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha = ,68$ ), y la de remordimiento tiene también una buena consistencia interna ( $\alpha = ,84$ ). En la muestra de este trabajo se encontró un coeficiente alfa de Cronbach en la subescala de culpa de ,76, y en la subescala de remordimiento el alfa de Cronbach fue ,78, lo que puede considerarse satisfactorio según los criterios de Prieto y Muñiz (2000) para valorar los índices de fiabilidad de consistencia interna.

### *3.1.3. Procedimiento*

Para la selección de la muestra se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de edad y haber perdido a un ser querido al menos 30 días antes de incorporarse al estudio, y como criterio de exclusión, padecer un trastorno psicológico grave. El procedimiento seguido para la recogida de datos ha sido la entrega y posterior recogida del cuestionario *ad hoc* y las escalas descritas anteriormente a la población objeto del estudio. Previamente a los sujetos se les habían dado instrucciones claras para la cumplimentación de estos inventarios. Todos los sujetos de la muestra participaron en el estudio de forma voluntaria y anónima, respetándose así la confidencialidad, después de haberles explicado el objetivo del estudio y haber obtenido el consentimiento informado.

### *3.1.4. Análisis estadísticos*

Para el análisis de datos en este primer estudio, teniendo en cuenta la mayoritaria presencia en la muestra de personas que habían perdido a un hijo, las categorías respecto al parentesco se agruparon en dos: hijo y otros.

Para realizar los análisis se utilizó SPSS versión 22. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, análisis de varianza y análisis post-hoc Bonferroni de comparaciones múltiples.

## **3.2. Metodología Estudio 2**

### *3.2.1. Participantes*

Para este estudio se utilizó una muestra de 90 personas en duelo (72,2% mujeres), con una media de edad de 49,5 años ( $DT = 13,7$ ). De los participantes, 46 (51,1%)

habían perdido a un hijo, y 44 (48,9%) habían perdido a su pareja, un progenitor, un hermano, un abuelo o un amigo.

El tiempo transcurrido desde la pérdida oscilaba entre dos meses y ocho años. Respecto a las circunstancias de la muerte, 37 casos se debieron a muerte natural esperada (ej. cáncer), 24 a muerte natural inesperada (ej., infarto), en 17 casos la muerte fue por suicidio, y en los 12 casos restantes la causa de la muerte fue un accidente (ej., de tráfico, doméstico). La tabla 1 muestra los datos demográficos.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de la muestra.

Datos demográficos ( <i>N</i> = 90)	
Edad del participante	<i>M</i> = 49,56, <i>DT</i> = 13,72, Rango = 18 - 81
Género del participante	25 hombres (27,8%) 65 mujeres (72,2%)
Relación de parentesco con el fallecido	46 padre/madre (51,1%) 9 pareja (10%) 21 hijo (23,3%) 8 hermano (8,9%) 1 abuelo (1,1%) 1 amigo (1,1%) 4 otros (4,4%)
Causa de la muerte	37 natural esperada (41,1%) 24 natural inesperada (26,7%) 17 suicidio (18,9%) 12 accidente (13,3%)
Tiempo transcurrido desde la pérdida (años)	<i>M</i> = 0,43, <i>DT</i> = 0,69
Apoyo profesional	Sí: 63 (70%) No: 27 (30%)

### 3.2.2. Instrumentos de medida

La causa de la muerte, que se usa como variable independiente, se recogió en una encuesta diseñada con preguntas sobre las circunstancias de la muerte, en la que aparecían las siguientes opciones: muerte natural esperada (cáncer, enfermedad crónica), inesperada (infarto de miocardio, infarto cerebral, ictus, o cualquier

enfermedad de una duración menor de un mes), suicidio y accidente (de tráfico, doméstico).

Para evaluar la rumiación se utilizó la Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS) (Eisma et al., 2014), una escala desarrollada para medir específicamente la rumiación en las personas en proceso de duelo. Para la traducción de esta escala se han seguido las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test (Muñiz et al., 2013), para lo cual se realizó una traducción y una retrotraducción del español al inglés. La UGRS consta de 15 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos, y está compuesta por cinco subescalas: Reacciones, referida a los pensamientos acerca de las reacciones emocionales negativas sobre la pérdida; Injusticia, que evalúa los pensamientos sobre la injusticia de la muerte; Escenarios hipotéticos, que mide los pensamientos acerca de los acontecimientos que condujeron a la muerte, las preguntas “¿y si...?”; Significado, que mide los pensamientos sobre el significado y las consecuencias de la experiencia de pérdida; y la subescala Relaciones, que evalúa los pensamientos relacionados con el apoyo social. En el estudio de Eisma et al. (2014), la UGRS presentó una excelente consistencia interna, con un índice de fiabilidad de ,90 para una muestra de 204 participantes ingleses y de ,91 para la muestra de 316 participantes alemanes. En la muestra de este trabajo se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de ,80, que puede considerarse satisfactorio.

Para medir la culpa en el duelo se utilizó el Bereavement Guilt Scale (BGS). El BGS (Li, et al., 2015) es una escala diseñada específicamente para medir la culpa en el duelo que consta de 14 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos,. Está compuesta por cinco factores: Responsabilidad por la muerte, Herir al fallecido, Culpa del superviviente, Culpa por lo que no se hizo y Sentimiento de culpa. Para la traducción de la escala se han seguido las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test

(Muñiz et al., 2013), para lo cual se realizó una traducción y una retrotraducción del español al inglés. El BGS presentó una buena consistencia interna, con un índice de fiabilidad de ,70, en una muestra de 1.079 sujetos en duelo (Li et al., 2015). En la muestra de este trabajo se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de ,76, que puede considerarse satisfactorio.

### *3.2.3. Procedimiento*

Para la selección de la muestra se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de edad y haber perdido a un ser querido al menos 30 días antes de incorporarse al estudio, y como criterio de exclusión, padecer un trastorno mental grave. El procedimiento seguido para la recogida de datos ha sido la entrega a la población objeto del estudio del cuestionario que incluía edad, sexo, fecha de fallecimiento, relación de parentesco con el fallecido/a, causa de la muerte y ayuda psicológica, así como las escalas descritas anteriormente. Previamente, a los participantes se les habían dado instrucciones claras para la cumplimentación de estos inventarios. Todos los sujetos de la muestra participaron en el estudio de forma voluntaria y anónima, respetándose así la confidencialidad, después de haberles explicado el objetivo del estudio. Una vez que los participantes fueron cuidadosamente informados por escrito sobre el propósito de la investigación, se obtuvo su consentimiento informado y se aseguró a los participantes tanto el anonimato como la confidencialidad. No se presionó a las personas para que participaran. También se les informó que podían interrumpir su participación en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.

#### *3.2.4. Análisis estadísticos*

Para el análisis de datos en el presente estudio, la variable independiente causa de la muerte se dividió en cuatro grupos: muerte natural esperada, muerte natural inesperada, suicidio y accidente.

Para realizar los análisis se utilizó SPSS versión 22. Se llevaron a cabo los siguientes análisis: en primer lugar, análisis descriptivos y análisis de varianza, y en segundo lugar, análisis de mediación utilizando el procedimiento bootstrapping y transformando la variable categórica causa de la muerte en variables dummy.

### **3.3. Metodología Estudio 3**

#### *3.3.1. Participantes*

En este estudio la muestra estaba compuesta por 91 personas en duelo. Los participantes fueron reclutados en una asociación de apoyo a personas en duelo de Madrid a la que habían acudido para solicitar información y asesoramiento. La edad de los participantes estaba comprendida entre 18 y 81 años ( $M = 49,2$ ,  $DT = 13,3$ ); un 72,5% eran mujeres. De los participantes en el estudio, 51 personas (56%) habían perdido a un hijo, 21 (23,1%) a un progenitor, 9 (9,9%) a su pareja y 10 (11%) habían sufrido la pérdida de un hermano. En cuanto a las circunstancias de la muerte, 62 participantes habían perdido a un ser querido a causa de una enfermedad, 17 por suicidio y en 12 casos el fallecimiento fue causado por un accidente (de tráfico, doméstico). El tiempo transcurrido desde la pérdida oscilaba entre dos meses y cuatro años.

### 3.3.2. Instrumentos de medida

La información acerca de la causa de la muerte se recogió en un cuestionario con preguntas sobre las circunstancias de la muerte: muerte por enfermedad, suicidio y accidente.

Para medir la culpa en el duelo se utilizó el Bereavement Guilt Scale (BGS). El BGS (Li, Stroebe, Chan y Chow, 2015) es una escala diseñada específicamente para medir la culpa en el duelo. Consta de 14 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos, y está compuesta por cinco factores: Responsabilidad por la muerte (3 ítems), Herir al fallecido (3 ítems), Culpa del superviviente (3 ítems), Culpa por lo que no se hizo (3 ítems) y Sentimiento de culpa (2 ítems). El rango de puntuaciones posibles va de 14 a 70. Para la traducción de la escala hemos seguido las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test (Muñiz et al., 2013), para lo cual se realizó una traducción y una retrotraducción del español al inglés. El BGS presentó una buena consistencia interna, con un índice de fiabilidad de ,70, en una muestra de 1.079 sujetos en duelo (Li et al., 2015). En la muestra de nuestro estudio se obtuvo una consistencia interna muy satisfactoria ( $\alpha = ,92$ ).

Para medir la regulación emocional se utilizó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004), que evalúa diferentes aspectos de la regulación emocional a través de 36 ítems con una escala Likert de 5 puntos. Según sus autores, la escala DERS está integrada por seis factores: Dificultades en el control de impulsos (6 ítems), Acceso limitado a estrategias de regulación (8 ítems), Falta de aceptación emocional (6 ítems), Interferencia en conductas dirigidas a metas (5 ítems), Falta de conciencia emocional (6 ítems) y Falta de claridad emocional (5 ítems). El rango de puntuaciones posibles va de 36 a 175. La escala DERS demostró tener una alta consistencia interna ( $\alpha = ,93$ ), una buena fiabilidad test-retest en un periodo de 4 a 8

semanas ( $\rho = ,88$ ,  $p < ,01$ ) y una adecuada validez predictiva y de criterio en una muestra de 357 participantes (Gratz y Roemer, 2004). En la muestra del presente trabajo, la escala DERS obtuvo una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha = ,73$ ).

### *3.3.3. Procedimiento*

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron ser mayor de edad y haber perdido a un ser querido al menos 30 días antes de incorporarse al estudio, y como criterio de exclusión, padecer un trastorno psicológico grave. En primer lugar, se explicó a los posibles participantes el objetivo del estudio y se les informó de que la participación era voluntaria y anónima y que eran libres de retirarse de la investigación en cualquier momento. No se ofrecieron incentivos para participar en el estudio. A continuación se pidió a los participantes que respondieran a los cuestionarios después de leer y aceptar el protocolo de consentimiento informado. Los participantes respondieron al cuestionario sobre datos demográficos y a las escalas en la asociación, y se les ofreció la posibilidad de contar con el apoyo de un terapeuta si lo necesitaban. Debido a que los participantes en el estudio constituyen una población vulnerable, se priorizó en todo momento el cuidado de los mismos frente a la recolección de datos.

### *3.3.4. Análisis estadísticos*

Para el análisis de datos de este estudio las categorías en relación con el parentesco se agruparon en cuatro: hijo, padre/madre, pareja y hermano. Respecto a la variable independiente causa de la muerte, se hicieron tres grupos: enfermedad, suicidio y accidente.

Para realizar los análisis se utilizó SPSS versión 22. Se llevaron a cabo los siguientes análisis: análisis descriptivos y análisis de varianza, para comprobar si las personas que han sufrido el suicidio de un ser querido experimentan mayores niveles de

culpa que si la pérdida ha sido por enfermedad o por accidente; análisis de mediación utilizando el procedimiento bootstrapping y transformando la variable categórica en variables dummy para contrastar la segunda hipótesis: la regulación emocional desempeña un papel mediador en la relación entre la causa de la muerte y la culpa, esperando mayores niveles de culpa cuando existan mayores dificultades en la regulación emocional. Por último, para confirmar la tercera hipótesis, la pérdida de un ser querido por suicidio dificulta la regulación emocional en relación con la culpa, pero solo cuando el fallecido es un hijo, se realizó un análisis de mediación moderada, incluyendo como variable moderadora el parentesco, la regulación emocional como variable mediadora, y el suicidio como causa de la muerte como variable independiente. La variable dependiente era la culpa.



## 4. RESULTADOS

Los resultados específicos de cada uno de los tres estudios llevados a cabo se presentan a continuación. Como dato preliminar, la media de la puntuación para el duelo complicado de la muestra en el primer estudio fue 41,67 ( $DT = 14,59$ ). En el segundo estudio, la media de duelo complicado fue 42,27 ( $DT = 14,86$ ), y en el tercero fue 42,65 ( $DT = 14,75$ ). Como puede observarse, los participantes de los tres estudios presentaban un índice de duelo complicado elevado en el Inventario de Duelo Complicado, cuya puntuación de corte se sitúa en 25.

### 4.1. Resultados del Estudio 1

En primer lugar se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de las escalas que miden la variable culpa: el SC-35, el BGS y las escalas de autculpa y remordimiento del TBSQ. En la Tabla 2 se muestran los resultados: la media obtenida en la escala de autculpa del TBSQ (puntuación máxima = 5) es de 2,44 ( $\pm 1,62$ ). Con respecto a la escala de remordimiento del TBSQ (puntuación máxima = 5), la media fue de 3,10 ( $\pm 1,75$ ). En lo que se refiere al SC-35 (puntuación máxima = 175), la media obtenida fue de 93,36 ( $\pm 24,86$ ), y para el BGS (puntuación máxima = 70), la media fue de 34,78 ( $\pm 14,21$ ).

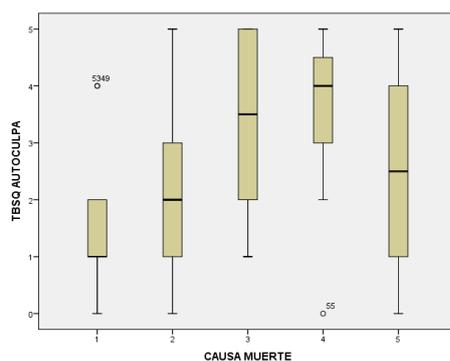
**Tabla 2.** Resultados del estudio descriptivo.

	<i>N</i>	Rango	Mínimo	Máximo	Media	<i>DT</i>
AUTOCULPA (TBSQ)	73	5	0	5	2,44	1,62
REMORDIMIENTO (TBSQ)	73	5	0	5	3,10	1,75
SC-35	73	110	47	157	93,36	24,86
BGS	73	53	15	68	34,78	14,21
N válido (por lista)	73					

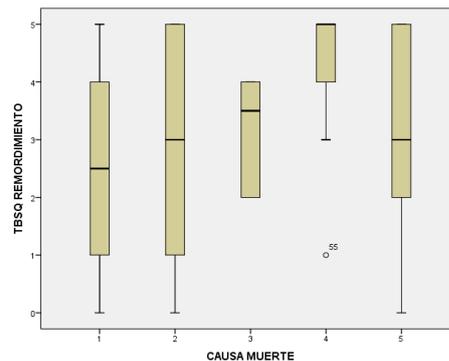
Para alcanzar los objetivos de este estudio, esto es, explorar la culpa teniendo en cuenta las causas de la muerte, así como las diferencias que pueden deberse al uso de distintas escalas para medir la culpa, se realizó un ANOVA con el fin de determinar si la variable independiente circunstancias de la muerte explicaba la varianza de las variables dependientes autculpa (TBSQ), remordimiento (TBSQ), culpa (SC-35) y culpa en el duelo (BGS). Los resultados mostraron un efecto significativo de la causa de la muerte sobre la autculpa ( $F_{(4,68)} = 3,855, p = ,007, \eta^2 = ,185$ ), el remordimiento ( $F_{(4,68)} = 2,545, p = ,047, \eta^2 = ,130$ ) y la culpa en el BGS ( $F_{(4,68)} = 4,272, p = ,004, \eta^2 = ,201$ ), mientras que no tuvo efecto significativo sobre la culpa medida con el SC-35 ( $F_{(4,68)} = ,733, p = ,573, \eta^2 = ,041$ ).

En el análisis Bonferroni los resultados mostraron diferencias en el duelo por suicidio en la escala de autculpa (TBSQ) en relación con la muerte natural esperada ( $M_{i-j} = 1,93, SE = ,616, p = ,025$ ) y con la muerte natural inesperada ( $M_{i-j} = 1,50, SE = ,472, p = ,022$ ). Asimismo se encontraron resultados significativos en suicidio en la escala de remordimiento (TBSQ) respecto a la muerte natural inesperada ( $M_{i-j} = 1,55, SE = ,525, p = ,044$ ) y en el BGS (culpa en el duelo), tanto respecto a la muerte natural esperada ( $M_{i-j} = 17,67, SE = 5,337, p = ,015$ ) como inesperada ( $M_{i-j} = 14,92, SE = 4,091, p = ,005$ ) (Figuras 1 a 4).

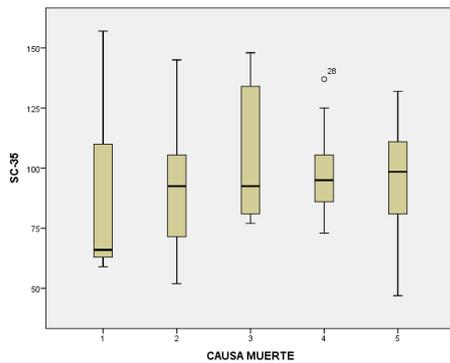
**Figura 1**



**Figura 2**

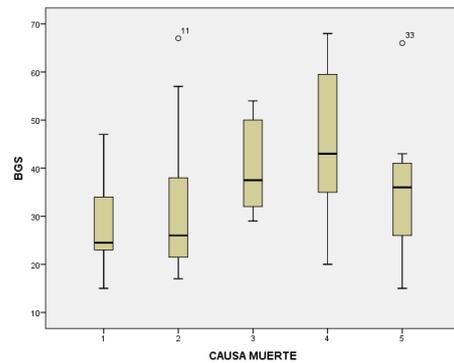


**Figura 3**



1 = Muerte natural inesperada  
2 = Muerte natural esperada  
3 = Muerte perinatal  
4 = Suicidio  
5 = Accidente

**Figura 4**



Los resultados obtenidos permiten aceptar la primera hipótesis planteada: las circunstancias de la muerte afectan a los niveles de culpa que experimentan las personas en duelo, y las personas que han sufrido una pérdida por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que las personas que han sufrido una pérdida debido a muerte natural esperada, muerte natural inesperada, accidente y muerte perinatal. Los resultados permiten también aceptar la segunda hipótesis: las escalas diseñadas específicamente para medir la culpa en el contexto del duelo, en este caso el BGS y las escalas de autoculpa y remordimiento del TBSQ, proporcionan resultados más significativos que aquellas dirigidas a la población general, como el SC-35.

#### 4.2. Resultados del Estudio 2

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la escala que mide la culpa (BGS) en relación con los niveles del factor causa de la muerte para confirmar la primera hipótesis, es decir, que las personas que han sufrido el suicidio de un ser querido experimentan mayores niveles de culpa que cuando la pérdida ha sido por muerte natural esperada, muerte natural inesperada o accidente. Los resultados aparecen en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Análisis descriptivo de la variable culpa según la causa de la muerte.

		Culpa		
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Causa de la muerte	Natural esperada	37	31,19	13,37
	Natural inesperada	24	30,75	10,49
	Suicidio	17	46,29	14,85
	Accidente	12	34,17	13,54

Como se puede observar, la puntuación más alta corresponde a la muerte por suicidio, seguida por la muerte por accidente. La puntuación de la muerte por suicidio se encuentra por encima de la media de la escala que mide la culpa ( $M = 34,32$ ,  $DT = 14,03$ ).

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de varianza para comparar las medias de la variable dependiente culpa entre los grupos de la variable independiente causa de la muerte. Los resultados del ANOVA evidenciaron efectos significativos del factor causa de la muerte sobre la culpa ( $F_{(3,86)} = 6,15$ ,  $p = ,001$ ,  $\eta^2 = ,18$ ).

A continuación, se realizó un análisis post-hoc de comparaciones múltiples utilizando la técnica de Bonferroni, con un nivel de significación del ,05. Los resultados mostraron que cuando la muerte fue por suicidio ( $M = 46,29$ ,  $DT = 14,85$ ) los valores medios de la culpa fueron más elevados que cuando la muerte fue por causa natural inesperada ( $M = 30,75$ ,  $DT = 10,49$ ,  $Mi-j = 15,54$ ,  $p = ,002$ ) y natural esperada ( $M = 31,19$ ,  $DT = 13,37$ ,  $Mi-j = 15,11$ ,  $p = ,001$ ), y con un valor cercano a la significación cuando la causa de la muerte fue un accidente ( $M = 34,17$ ,  $DT = 13,54$ ,  $Mi-j = 12,13$ ,  $p = ,091$ ). Sin embargo, los resultados no mostraron significación cuando se comparó la muerte por accidente con la muerte natural esperada ( $M = 34,17$ ,  $DT = 13,54$ ,  $Mi-j =$

2,98,  $p = 1,000$ ), ni con la muerte natural inesperada ( $M = 30,75$ ,  $DT = 10,49$ ,  $Mi-j = 3,42$ ,  $p = 1,000$ ). Tampoco se encontraron diferencias significativas cuando se trató de una muerte natural esperada respecto a la muerte natural repentina ( $M = 31,19$ ,  $DT = 13,37$ ,  $Mi-j = ,44$ ,  $p = 1,000$ ).

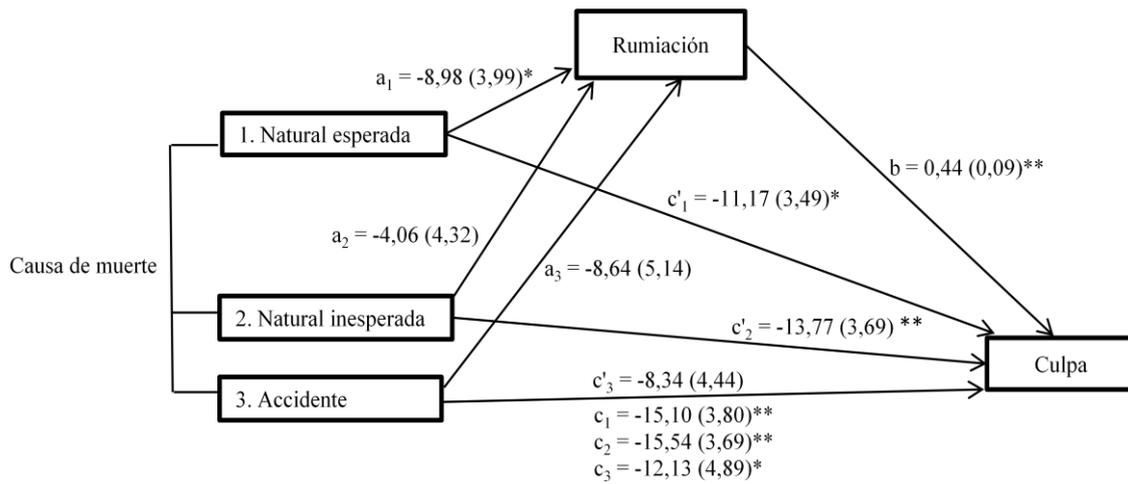
Por último, para controlar el efecto de las variables edad, género y tiempo transcurrido desde la muerte se llevó a cabo un análisis de covarianza, incluyendo la variable dependiente culpa, los grupos de la variable independiente causa de la muerte, y la edad, el género y el tiempo transcurrido desde la muerte como covariables. Los resultados fueron significativos en relación con la causa de la muerte sobre la culpa ( $F_{(3,83)} = 6,67$ ,  $p < ,0001$ ,  $\eta^2 = ,19$ ). Sin embargo, los resultados de las covariables no fueron significativos en ninguno de los tres casos: edad ( $F_{(1,83)} = ,27$ ,  $p = ,607$ ), sexo ( $F_{(1,83)} = 3,61$ ,  $p = ,061$ ) y tiempo transcurrido desde la muerte ( $F_{(1,83)} = ,89$ ,  $p = ,348$ ). Por lo tanto, ninguna de estas tres variables estaría interfiriendo de manera significativa en la relación entre la causa de la muerte y la culpa.

Estos resultados permiten confirmar la primera hipótesis: las personas que han sufrido una pérdida por suicidio presentan mayores niveles de culpa que las personas cuya pérdida se ha debido a una enfermedad esperada o inesperada o a un accidente.

Para contrastar la segunda hipótesis, es decir, que la rumiación desempeña un papel mediador en la culpa que experimentan las personas que han sufrido una pérdida por suicidio, respecto a aquellas cuya pérdida se ha debido a una muerte natural esperada, a una muerte natural repentina o a un accidente, se realizó un análisis de mediación simple. Para realizar este análisis, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra era pequeño, se utilizó el procedimiento bootstrapping no paramétrico con 5.000 repeticiones para estimar los intervalos de confianza del 95% y comprobar el efecto mediador de la rumiación. Este análisis estima el efecto indirecto, los errores estándar y los intervalos de confianza. El

procedimiento bootstrapping comprueba si el efecto indirecto de la variable mediadora incluye el valor 0. Si el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el 0, entonces el efecto indirecto es significativo y, por tanto, se puede afirmar que existe mediación. El nivel de significación utilizado es  $p < ,05$ . Con este método se pueden obtener conclusiones fiables y válidas cuando el tamaño muestral no es grande y, por tanto, no puede ser asumida la asunción de normalidad (Preacher y Hayes, 2004). Para realizar este análisis se utilizó la macro Process para SPSS proporcionada por Preacher y Hayes (2004). Puesto que en este caso la variable independiente era categórica, se transformó en una serie de variables dummy para poder realizar el análisis de mediación, una por cada causa de muerte.

En primer lugar, como se puede observar en la Figura 5, los resultados del análisis de regresión lineal simple entre la rumiación como variable mediadora y la causa de muerte como variable independiente muestran que la categoría muerte natural esperada de la variable independiente es significativa respecto a la categoría suicidio tomada como referencia ( $B = -8,98$ ,  $DT = 3,99$ ,  $p = ,02$ ). No ocurre lo mismo en las categorías muerte natural inesperada ( $B = -4,06$ ,  $DT = 4,32$ ,  $p = ,35$ ) y accidente ( $B = -8,64$ ,  $DT = 5.14$ ,  $p = ,09$ ).



**Figura 5.** Análisis de mediación utilizando la rumiación como variable mediadora en la relación entre las diferentes categorías de causa de la muerte y la culpa. Al diseñar las variables dummy, el suicidio es la categoría base con la que se comparan las otras tres categorías. Los coeficientes representan estimaciones de parámetros no estandarizados.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

En cuanto a la relación entre la rumiación y la culpa (Figura 5), los resultados son significativos ( $B = 0,44$ ,  $DT = ,09$ ,  $p < ,001$ ). Respecto al efecto directo relativo de la causa de la muerte sobre la culpa, los resultados muestran que el efecto es significativo cuando se trató de una muerte natural anticipada ( $B = -11,17$ ,  $DT = 3,49$ ,  $p = ,020$ ) o de una muerte natural repentina ( $B = 13,77$ ,  $DT = 3,69$ ,  $p = ,003$ ) respecto a la muerte por suicidio tomada como base. Sin embargo, los resultados no son significativos cuando la muerte fue por accidente ( $B = -8,34$ ,  $DT = 4,44$ ,  $p = ,063$ ). En cuanto al efecto total relativo, en el que se tiene en cuenta el efecto de un solo predictor, la variable independiente causa de la muerte, sobre la variable dependiente culpa, los resultados son estadísticamente significativos: muerte natural esperada ( $B = -15,10$ ,  $DT = 3,80$ ,  $p = ,001$ ), muerte natural repentina ( $B = -15,54$ ,  $DT = 4,11$ ,  $p = ,003$ ) y accidente ( $B = -12,13$ ,  $DT = 4,89$ ,  $p = ,015$ ) respecto a la categoría suicidio tomada como referencia.

Por último, como se muestra en la Tabla 4, los resultados del análisis de mediación simple con la rumiación como variable mediadora evidencian que el efecto indirecto

relativo de la categoría muerte natural esperada de la variable predictora respecto de la categoría suicidio, tomada como referencia, sobre la culpa a través de la rumiación es significativo porque no incluye el valor 0. Al ser el resultado de signo negativo, se deduce que el efecto de la rumiación cuando se ha tratado de una muerte natural esperada provoca menores niveles de culpa en los dolientes que cuando la pérdida ha sido por suicidio. Por tanto, se puede concluir que el efecto indirecto relativo está mediado por la rumiación cuando la pérdida ha sido por suicidio. Estos resultados permiten aceptar parcialmente la segunda hipótesis, es decir, que la rumiación desempeña un papel mediador en la culpa que experimentan las personas que han sufrido una pérdida por suicidio respecto a aquellas cuya pérdida se ha debido a muerte natural esperada, pero no en el caso de que la pérdida se haya debido a muerte natural inesperada o a accidente. Por tanto, el efecto de la rumiación sobre la culpa es menor en los dolientes cuando la causa ha sido una muerte natural esperada que cuando la causa ha sido el suicidio, mientras que en el resto de los casos la diferencia no llega a ser significativa. Es decir, se constata que en los casos de suicidio la rumiación incrementa la culpa, pero solo de forma significativa con respecto a la muerte natural esperada.

**Tabla 4.** Efecto indirecto relativo de la rumiación sobre la culpa según la causa de muerte.

Mediador	Causa de muerte	Bootstrap estimado del efecto indirecto relativo	DT	Sesgo corregido y acelerado 95% IC	
				Límite inferior	Límite superior
Rumiación	Natural esperada	-3,9335	1,7680	-8,0744	-1,0052
	Natural inesperada	-1,7783	1,6079	-5,2936	1,0298
	Accidente	-3,7865	2,4324	-9,5320	,1255

*Nota.* Basada en 5.000 muestras de bootstrap. Al diseñar las variables dummy, el suicidio es la categoría base con la que se comparan las otras tres categorías.

### 4.3. Resultados del Estudio 3

Para comprobar la primera hipótesis planteada en este estudio, es decir, que las personas que han sufrido el suicidio de un ser querido experimentan mayores niveles de culpa que cuando la pérdida ha sido por una enfermedad o por accidente, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la escala que mide la culpa (BGS) en relación con los niveles del factor causa de la muerte. Los resultados aparecen en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Análisis descriptivo de la variable culpa según la causa de muerte.

		<i>N</i>	Culpa
Causa de muerte	Enfermedad	62	31,89 (12,44)
	Suicidio	17	46,29 (14,82)
	Accidente	12	36,42 (12,24)

*Nota.* Las desviaciones típicas se muestran entre paréntesis.

Como se puede observar, la puntuación más alta corresponde a la muerte por suicidio, seguida por la muerte por accidente. Ambas puntuaciones se encuentran por encima de la media de la escala que mide la culpa (puntuación máxima = 70).

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de covarianza para comparar las medias de la variable dependiente culpa entre los grupos de la variable independiente causa de la muerte, incluyendo la edad, el género y el tiempo transcurrido desde la muerte como covariables para controlar su efecto. Los resultados fueron significativos en relación con la causa de la muerte sobre la culpa ( $F_{(2, 85)} = 9,12, p < ,0001, \eta^2 = ,18$ ). Sin embargo, los resultados de las covariables no fueron significativos: edad ( $F_{(1,85)} = ,64, p > ,05$ ), sexo ( $F_{(1,85)} = 2,87, p > ,05$ ) y tiempo transcurrido desde la muerte ( $F_{(1,85)} = 2,02, p > ,05$ ).

Estos resultados nos permiten aceptar la primera hipótesis: los niveles de culpa son mayores entre las personas que han perdido a un ser querido por suicidio.

Para contrastar la segunda hipótesis, es decir, que la regulación emocional desempeña un papel mediador en la relación entre la causa de la muerte y la culpa, esperando mayores niveles de culpa cuando existan mayores dificultades en la regulación emocional, se realizó un análisis de mediación. Debido a que el tamaño de la muestra era pequeño, usamos el procedimiento bootstrapping no paramétrico con 5.000 repeticiones para estimar los intervalos de confianza del 95% y comprobar el efecto mediador de la regulación emocional. Con este método se pueden obtener conclusiones fiables y válidas cuando el tamaño muestral no es grande y, por tanto, cuando no puede ser asumida la asunción de normalidad (Preacher y Hayes, 2004). El procedimiento bootstrapping determina si el efecto indirecto de la variable mediadora incluye el valor 0. Si el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el 0, entonces el efecto indirecto es significativo y, por tanto, se puede afirmar que la mediación existe. Para ello se utilizó la macro Process para SPSS proporcionada por Preacher y Hayes (2004). Para realizar este análisis, la variable categórica causa de la muerte se transformó en variables dummy. Los resultados del análisis de mediación simple con la regulación como variable mediadora muestran que el efecto indirecto de la causa de la muerte sobre la culpa a través del mediador regulación emocional, controlando el efecto de tres covariables (edad, sexo y tiempo transcurrido), no es significativo porque incluye el valor 0 en todas las categorías de la variable independiente:  $B_{suicidio} = -,317$ ,  $ES = 1,112$ ,  $95\% \text{ CI} = [-2,795, 1,708]$ ,  $B_{accidente} = -,611$ ,  $ES = 1,743$ ,  $95\% \text{ CI} = [-4,943, 2,219]$ , respecto a la causa de muerte por enfermedad tomada como referencia. De las tres covariables introducidas, ninguna mostró una influencia significativa en la relación entre la causa de la muerte y la culpa a través de la regulación emocional. Se concluye, por tanto, que no se puede aceptar la segunda hipótesis, es decir, que las dificultades en la regulación emocional no median la relación entre la causa de la muerte y la culpa.

Por último, para contrastar la tercera hipótesis, es decir, que la pérdida de un ser querido por suicidio dificulta la regulación emocional en relación con la culpa, pero solo cuando el fallecido es un hijo, se realizó un análisis de mediación moderada mediante el procedimiento bootstrapping. Se incluyó como variable moderadora el parentesco, codificado como hijo = 0,5 y otro parentesco (progenitor, pareja o hermano) = -0,5. La regulación emocional se incluyó como variable mediadora, y el suicidio como causa de la muerte como variable independiente. La variable dependiente era la culpa.

Los resultados (Tabla 6) muestran que el efecto indirecto condicional del suicidio como causa de la muerte sobre la culpa en los niveles de regulación emocional es estadísticamente significativo para las personas que han sufrido la pérdida de un progenitor, la pareja o un hermano porque no incluye el valor 0. Sin embargo, no es significativo para las personas que han perdido a un hijo. Por tanto, se puede concluir que el efecto indirecto está moderado por el parentesco en el caso de la pérdida de otro familiar distinto a un hijo. Esto significa que las personas que han sufrido la pérdida de un progenitor, la pareja o un hermano por suicidio experimentarán menos dificultades de regulación emocional respecto a la culpa, mientras que aquellas que han sufrido la pérdida de un hijo por suicidio tendrán más dificultades para regular emociones como la culpa. Estos resultados permiten aceptar la tercera hipótesis.

**Tabla 6.** Efecto indirecto condicional del suicidio sobre la culpa a través de la regulación emocional.

Mediador	Parentesco	Bootstrap estimado del efecto indirecto condicional	DT	Sesgo corregido y acelerado 95% IC	
				Límite inferior	Límite superior
Regulación emocional	Hijo	0,86	1,25	-1,439	3,629
	No hijo	-3,41	1,71	-7,482	-,543

*Nota.* Basado en 5.000 muestras de bootstrap.



## 5. DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo general de la presente tesis fue analizar los niveles de culpa en las personas en proceso de duelo por la pérdida de un ser querido y abordar el papel de los procesos de rumiación y regulación emocional en el desarrollo de la culpa en el duelo complicado, incluyendo el rol de aspectos de la pérdida como las circunstancias de la muerte y el parentesco con el fallecido. A continuación se recapitulan los resultados hallados y se discuten sus implicaciones.

En el primer estudio se plantearon dos objetivos específicos: por un lado, explorar la culpa asociada al duelo teniendo en cuenta las causas de la muerte (muerte natural esperada, inesperada, accidente, suicidio y muerte perinatal), y por otro, analizar las diferencias en las puntuaciones de culpa que pueden deberse al uso de distintas escalas para medir esta variable, ya que las dudas sobre los instrumentos que evalúan la culpa en este campo del duelo han sido significativas (Stroebe et al. 2014). Los resultados obtenidos permiten aceptar la primera hipótesis planteada, es decir, que las circunstancias de la muerte afectan a los niveles de culpa que experimentan las personas en duelo, y las personas que han sufrido una pérdida por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que las personas que han sufrido una pérdida debido a muerte natural esperada, muerte natural inesperada, accidente y muerte perinatal. Como se señalaba en la introducción, la culpa es uno de los sentimientos más prominentes en el duelo por suicidio, debido a la sensación entre los supervivientes de que tenían que haber sido conscientes del sufrimiento de su ser querido y haber evitado que se quitara la vida. Estos resultados apoyan las conclusiones de varios estudios que han encontrado que la muerte no natural aumenta el riesgo de experimentar una intensa culpa (Rando, 1993; Gamino et al., 2000; Weinberg, 1995), así como las conclusiones del estudio de Li (2012), según el cual los niveles de culpa eran menores entre las personas que habían

perdido a un ser querido por muerte natural, frente a aquellas que lo habían perdido de forma no natural. Asimismo, los resultados del presente estudio concuerdan con los obtenidos en otro trabajo sobre la hipótesis de que la culpa es una de las características que diferencia el duelo por suicidio de otros tipos de duelo (Bell et al., 2012). Otros estudios anteriores muestran resultados en esta misma línea (Shandor y Demi, 1992; McNiel et al., 1988).

El suicidio de un ser querido provoca un tsunami emocional de culpa y autorreproches en los supervivientes, que está relacionado con mayores reacciones de duelo y con una disminución de los síntomas más lenta a lo largo del tiempo, como demuestra el estudio longitudinal llevado a cabo por Stroebe et al. (2014). Las personas que pierden a un ser querido por suicidio tienden a sentirse culpables por no haber sabido identificar ninguna señal que hiciera prever el suicidio, o bien, en el caso de la pérdida de un hijo por suicidio, al cuestionarse su identidad como “buena madre” o “buen padre”, es decir, por sentir que han fracasado en su rol protector. La culpa en el duelo en general, y en el duelo por suicidio en particular, se asocia a la idea de no haber hecho algo para prevenir o evitar la muerte, o haber hecho algo que ha contribuido a ese resultado. En la práctica clínica se ha observado que en algunos casos, tras la pérdida de un ser querido por suicidio, la culpa se dirige hacia uno mismo como una forma de preservar el honor y la integridad del fallecido y evitar culparle a él por lo sucedido. Esta observación concuerda con los resultados de un estudio sobre el duelo por suicidio con madres que habían perdido a sus hijos en estas circunstancias (Shields, Russo y Kavanagh, 2017).

Las elevadas puntuaciones en culpa de los supervivientes del suicidio de un allegado podrían estar relacionadas con el estigma aún presente en nuestra sociedad respecto al suicidio, que tiende a culpabilizar a los familiares, lo cual lleva a algunos

supervivientes a ocultar las circunstancias del fallecimiento de su ser querido por temor a sentirse juzgados y responsabilizados por la muerte, así como por el deseo de preservar la reputación de su familiar, lo que contribuye a aumentar el sentimiento de soledad y aislamiento (Jordan, 2001).

Respecto al segundo objetivo de este primer estudio, es decir, analizar las diferencias en las puntuaciones de culpa que pueden deberse al uso de distintas escalas para medir esta variable, con el fin de comprobar si la utilización de diferentes escalas para medir la culpa podría explicar la discrepancia respecto a la prevalencia de la culpa en las personas en duelo encontrada en una revisión sobre estudios sobre la culpa en el duelo (Stroebe et al. 2014), los resultados obtenidos sugieren que cuando se emplean escalas específicamente diseñadas para este grupo de población, en este caso el BGS y las subescalas de culpa y remordimiento del TBSQ, los datos muestran diferencias significativas entre los distintos grupos de causa de la muerte, lo que no ocurre al utilizar el SC-35, una escala diseñada para medir la culpabilidad como tendencia o disposición general a experimentar sentimientos de culpa en la población general, en la que no se han encontrado resultados significativos. Si bien es cierto que los instrumentos cuantitativos pueden presentar dificultades para detectar determinadas cuestiones relacionadas con la culpa (Jordan, 2001; Van der Pol, 2011), los resultados del presente estudio muestran que el uso de instrumentos que evalúan específicamente la culpa en el contexto del duelo parece determinante en el estudio de la culpa en las personas que han sufrido una pérdida. Los hallazgos encontrados respecto al uso de diferentes escalas para medir la culpa han permitido aceptar la primera hipótesis de este estudio y alcanzar las conclusiones respecto al primer objetivo de este estudio, es decir, que las circunstancias de la muerte afectan a los niveles de culpa que experimentan las personas en duelo y las personas que han sufrido una pérdida por suicidio experimentan

mayores niveles de culpa que las personas que han sufrido una pérdida debido a muerte natural esperada, muerte natural inesperada, accidente y muerte perinatal.

Una vez identificadas las diferencias respecto a la culpa que aparecen cuando el duelo es asociado a unas u otras características de la muerte, los objetivos siguientes buscaron profundizar en los procesos cognitivos que podrían también estar implicados en esa mayor culpa que se da en el duelo asociado a circunstancias como el suicidio, buscando con ello confirmar el papel que algunos de esos procesos cognitivos podrían desempeñar. Así, el objetivo del segundo estudio de la presente tesis fue analizar el papel de la rumiación en la relación entre la causa de la muerte y la culpa en personas en proceso de duelo. La primera hipótesis planteada fue, para volver a confirmarla en la nueva muestra de participantes, que las personas que han sufrido una pérdida por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que las personas que han sufrido una pérdida por muerte natural esperada, muerte natural inesperada y por accidente. Los resultados mostraron que cuando la muerte fue por suicidio los valores medios de la culpa eran mayores respecto a cuando la muerte fue por causa natural inesperada, natural esperada y accidente, después de controlar las variables edad, género y tiempo transcurrido desde la muerte, lo que permite confirmar esta primera hipótesis. El hecho de que las personas en duelo por el suicidio de un allegado experimenten mayores niveles de culpa puede estar relacionado con la creencia generalizada de que el suicidio es una muerte evitable (Shear y Zisook, 2014), por lo que los supervivientes de una pérdida por suicidio tienden a culparse a sí mismos por no haber podido prevenir o evitar la muerte (Reed y Greenwald, 1991; Cleiren y Dijkstra, 1995; Begley y Quayle, 2007).

Precisamente estos trabajos nos llevaron a plantear la segunda hipótesis, que, como se ha señalado, fue que la rumiación desempeña un papel mediador en la culpa

que experimentan las personas que han sufrido una pérdida por suicidio, respecto a aquellas cuya pérdida se ha debido a una muerte natural esperada, a una muerte repentina o a accidente. Los hallazgos del presente estudio confirman solo de forma parcial esta segunda hipótesis, puesto que los resultados mostraron que, en los casos de suicidio, la rumiación incrementa los niveles de culpa de forma significativa solo con respecto a la muerte natural esperada, pero no con respecto a la muerte natural repentina ni a la muerte por accidente. Parece que la imprevisibilidad de la muerte es la que favorece la posterior rumiación, pero no hemos encontrado trabajos que vinculen rumiación e imprevisibilidad. Teniendo en cuenta que uno de los focos de rumiación en el proceso de duelo es la causa de la muerte, la similitud de afrontamiento rumiativo entre el suicidio y otras muertes traumáticas tiene sentido desde el punto de vista clínico. Cabe suponer que las características únicas de las muertes traumáticas, tanto si se trata de suicidio como de otras pérdidas traumáticas, explican gran parte de la diferencia en las reacciones de duelo, incluyendo la rumiación, en comparación con las causas naturales de muerte. Tanto los supervivientes del suicidio de un ser querido como las personas en duelo por otro tipo de muerte traumática tienden a involucrarse en pensamientos rumiativos acerca de las circunstancias de la muerte, o sobre el sufrimiento de su ser querido en los últimos momentos (Currier et al., 2006; Hardison et al., 2005). Los supervivientes de una pérdida traumática suelen imaginar el escenario de la muerte de su ser querido en un intento de dar sentido o significado a un hecho esencialmente sin sentido (Ryneerson, 2001). A menudo la rumiación se focaliza en la culpa por la incapacidad para prevenir o evitar la muerte (Shear y Mulhare, 2008), muy común tanto en los supervivientes de suicidio como en los casos de accidente.

Dentro de la categoría causa natural, la muerte natural repentina podría compartir algunas características de las muertes traumáticas como la imprevisibilidad o la

percepción de falta de control que a menudo experimentan las personas que pierden a un ser querido debido a una enfermedad inesperada o repentina, como un ataque al corazón. En los casos de pérdida perinatal, por ejemplo, las madres frecuentemente rumian sobre la causa de la muerte de su bebé, sobre si hicieron algo que pudo haber provocado su muerte, y se involucran en pensamientos contrafácticos del tipo “si hubiera ido al hospital en cuanto dejé de notar que se movía” o “si no le hubiera acostado bocabajo” (Thomadaki, 2012).

En el caso del duelo por suicidio, una de las características específicas que lo diferencian de otros tipos de duelo es la necesidad acuciante de los supervivientes de encontrar una explicación a la pregunta sobre por qué su ser querido se suicidó (Jordan, 2001; Begley y Quayle, 2007). En esta búsqueda de una respuesta, los supervivientes experimentan una intensa rumiación respecto a los posibles motivos del suicidio. Según Maple et al. (2010), esta rumiación puede agravarse a causa de la dificultad para hablar sobre el suicidio de su ser querido y sobre sus sentimientos con las personas de su entorno que experimentan muchos supervivientes y que a menudo los lleva a aislarse.

Pensando también en una posible intervención con esta población, la investigación realizada en la tesis explora el rol de procesos que pueden ser especialmente útiles para reducir el nivel de una emoción como la culpa. Así, el objetivo del tercer estudio fue analizar el papel de la regulación emocional en la relación entre la culpa y la causa de la muerte, añadiéndose además como variable a controlar otra circunstancia externa como es el parentesco con el fallecido. Se plantearon tres hipótesis de trabajo. De nuevo, la primera hipótesis fue volver a confirmar (en la nueva muestra) que las personas que han sufrido el suicidio de un ser querido experimentan mayores niveles de culpa que cuando la pérdida ha sido por enfermedad o por accidente. Los resultados obtenidos permitieron confirmar esta hipótesis. Estos resultados concuerdan con los de un estudio reciente

cuyas conclusiones mostraban mayores niveles de culpa en los casos de duelo por suicidio que en otros tipos de duelo (Tal et al., 2017).

La segunda hipótesis fue que la regulación emocional desempeña un papel mediador en la relación entre la causa de la muerte y la culpa, esperando mayores niveles de culpa cuando existan mayores dificultades en la regulación emocional. Considerando que la regulación de las respuestas emocionales frente a la culpa es uno de los aspectos implicados en los trastornos del estado de ánimo a largo plazo (Ghatavi, Nicolson, MacDonald, Osher y Levitt, 2002), y teniendo en cuenta que la depresión y el duelo complicado comparten algunos síntomas, se podría plantear que los problemas para regular las emociones en el duelo, especialmente emociones complicadas como la culpa, pueden dificultar la elaboración adecuada de dichas emociones. La tercera hipótesis planteada fue que la pérdida de un ser querido por suicidio dificulta la regulación emocional en relación con la culpa, pero solo cuando el fallecido es un hijo, puesto que la pérdida de un hijo se percibe como un fracaso en el papel protector de los padres y se considera que genera mayores niveles de culpa que la pérdida de otro familiar.

Los resultados obtenidos no han permitido confirmar la segunda hipótesis, por lo que se puede concluir que las dificultades en la regulación emocional no median la relación entre la causa de la muerte y la culpa. Una posible explicación para estos resultados podría ser que las personas que han experimentado una pérdida significativa muestran una mayor capacidad para controlar las emociones de manera adaptativa, como sugieren Znoj y Keller (2002), y que las personas en duelo por la pérdida de un hijo tienen niveles más altos de regulación emocional sin esfuerzo. Afrontar la pérdida de una persona muy cercana podría mejorar la capacidad de adaptación a las emociones angustiosas al promover el crecimiento personal y el sentido de funcionamiento. Según

Znoj (2006), la capacidad de afrontar mejor los sentimientos perturbadores podría estar directamente relacionada con la intensidad de las emociones. El proceso de habituación, según este autor, ofrece una explicación: puesto que la vida continúa con sus obligaciones y actividades diarias, las personas en duelo podrían acostumbrarse a sus estados emocionales y aprender a tolerar situaciones emocionales dolorosas mejor que las personas que no han sufrido una pérdida. Además, como apunta Znoj (2006), a nivel neurofisiológico, la corteza prefrontal parece desempeñar un papel importante en el manejo y la modulación de la respuesta emocional. En el caso de la muerte de un ser querido, para integrar los intensos sentimientos que genera la pérdida, el control cortical para la regulación emocional podría ser estimulado y aumentaría la capacidad para regular las emociones.

Sin embargo, parece que cuando la intensidad de la culpa es muy alta no se confirman las propuestas de Znoj (2006) y los resultados respecto a nuestra tercera hipótesis de este tercer estudio nos permiten aceptar que la pérdida de un ser querido por suicidio dificulta la regulación emocional en relación con la culpa, pero solo cuando el fallecido es un hijo. Los resultados muestran que las personas que han sufrido la pérdida de un progenitor, la pareja o un hermano por suicidio experimentan menos dificultades en la regulación emocional respecto a la culpa que aquellas cuyo hijo se ha suicidado. Como se señalaba en la introducción, perder a un hijo es una de las situaciones más difíciles de afrontar, porque contradice las creencias personales sobre el orden natural de la vida, según las cuales los hijos deben sobrevivir a sus padres (Janoff-Bulman, 1992; Hendrickson, 2009; Parkes, 1975). La muerte de un hijo se percibe con frecuencia como un fracaso en el rol protector que los padres desempeñan, especialmente cuando la muerte ha sido por suicidio. En la pérdida de un hijo por suicidio, los sentimientos de culpa pueden llegar a ser tan abrumadores que sobrepasen

la capacidad de los padres para regular sus emociones y aprender a manejarlas. Estos resultados concuerdan con los del estudio de Zetumer et al. (2015), llevado a cabo con una muestra de 345 participantes, cuyo objetivo era comparar la severidad de los síntomas de duelo complicado entre personas que habían perdido a un hijo y personas que habían perdido a otro familiar. Los datos de este estudio evidenciaron que las personas que han perdido a un hijo experimentan reacciones de duelo complicado más intensas, elevados niveles de culpa e ideación suicida que en el caso de la pérdida de otro familiar. Otro estudio anterior (Cleiren, 1991) obtuvo resultados en la misma línea.

En resumen, como se ha expuesto, la literatura revisada pone mucho énfasis en las variables analizadas en los estudios de la presente tesis. Tanto la culpa como la relación de parentesco, la causa de la muerte, el estilo rumiativo de afrontamiento y la dificultad para regular las emociones han sido considerados como factores de riesgo de complicación del proceso de duelo. El propósito de esta tesis era profundizar en el conocimiento de dichas variables, así como analizar las posibles interrelaciones entre ellas, con el objetivo de contribuir a una mejor comprensión del proceso de duelo complicado y poder así mejorar el diseño de programas de intervención con personas en riesgo de desarrollar un duelo complicado, específicamente con madres y padres que han sufrido la pérdida de un hijo y con personas en duelo por suicidio de un ser querido.

#### *Limitaciones y futuras investigaciones*

La presente tesis doctoral presenta algunas limitaciones que pueden dificultar la generalización de los resultados y, por tanto, deberían ser interpretados con cautela. Entre las limitaciones cabe destacar el tamaño de las muestras, la heterogeneidad de las mismas en aspectos como la relación de parentesco con el fallecido, con un porcentaje de participantes que habían perdido a un hijo más elevado que el de los demás tipos de

parentesco, o la mayor participación de mujeres, que, por otro lado, es similar a otros estudios realizados con personas en duelo (Zetumer et al., 2015; Van der Houwen et al., 2010; Miyabayashi y Yasuda, 2007). Este desequilibrio respecto al género de los participantes debe ser tenido en cuenta, pero no impide comparar los grupos porque en los estudios de la presente tesis no se encontró ninguna diferencia con respecto al sexo.

Las recomendaciones para futuras investigaciones incluyen estudios con un mayor tamaño muestral, que permita la generalización de los datos. Serían necesarios estudios de diseño longitudinal, con el fin de analizar el efecto del tiempo transcurrido desde la pérdida sobre la prevalencia de los estados afectivos estudiados, por ejemplo, la evolución de los niveles de rumiación en diferentes momentos del duelo. Por otro lado, dada la complejidad del proceso de duelo, sería recomendable realizar estudios de diseño mixto, cuantitativo y cualitativo, para ampliar y profundizar en el conocimiento del duelo complicado.

## 6. CONCLUSIONES

- La utilización de instrumentos de medida de la culpa diseñados específicamente para las personas en proceso de duelo permite evaluar esta emoción con mayor fiabilidad que las escalas de culpa para la población general. Consideramos que este hallazgo representa una importante aportación al estudio de la culpa en el contexto del duelo por la pérdida de un ser querido, teniendo en cuenta que la culpa es considerada como uno de los sentimientos centrales en el duelo complicado.
- Las personas que han sufrido una pérdida por suicidio presentan mayores niveles de culpa que las personas que han perdido a un ser querido por accidente o por causas naturales tanto esperadas como inesperadas. La culpa es considerada el sentimiento más persistente en las personas en duelo por suicidio y genera mayores dificultades de afrontamiento, con el consiguiente sufrimiento. Este hallazgo contribuye a ampliar el conocimiento sobre los sentimientos y emociones que experimentan las personas que pierden a un ser querido por suicidio y tiene implicaciones prácticas tanto para los profesionales de la salud mental como para las instituciones sanitarias en general para el diseño de estrategias de intervención con los supervivientes de una muerte por suicidio. Si tenemos en cuenta que la última cifra ofrecida por el Instituto Nacional de Estadística, correspondiente al año 2016, es de 3.569 personas fallecidas por suicidio en España, y que cada suicidio afecta a una media de seis personas (Shneidman, 1973), se hacen necesarios programas de intervención con este grupo de riesgo que ayuden a prevenir o paliar los efectos devastadores que provoca un suicidio entre los familiares y allegados. Uno de los recursos que deberían promoverse son los grupos de apoyo para supervivientes de suicidio. Dadas las características específicas del duelo por suicidio, la participación en grupos de

apoyo ayuda a paliar el estigma y a disminuir la sensación de aislamiento tan frecuente en este tipo de duelo.

- Las personas que han sufrido una pérdida por suicidio, accidente o enfermedad repentina presentan más rumiación que aquellas que han perdido a un ser querido por muerte natural esperada. Estos hallazgos tienen también implicaciones clínicas para la atención a las personas en duelo por muertes traumáticas e inesperadas, en cuyo caso podrían emplearse técnicas de intervención específicamente enfocadas a la rumiación desadaptativa.
- Las personas que han perdido a un hijo constituyen un grupo de riesgo de duelo complicado. De hecho, los criterios tradicionales para identificar el duelo complicado son los componentes normales en el duelo por la pérdida de un hijo (Rando, 1986). Las personas que han perdido a un hijo presentan mayores niveles de culpa que quienes han perdido a su pareja, a un hermano o a un progenitor. Dado que se ha encontrado que respecto a la regulación emocional no existen diferencias entre los grupos en relación con el parentesco, excepto para los padres y madres que han perdido a un hijo por suicidio, la intervención debería ir dirigida a potenciar la capacidad para manejar las emociones difíciles que emergen cuando se produce la muerte de un hijo, que, como se ha visto, es considerada la pérdida más devastadora.





## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709.
- Akiyama, A., Numata, K. y Mikami, H. (2010). Importance of end-of-life support to minimize caregiver's regret during bereavement of the elderly for better subsequent adaptation to bereavement. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 175-178. doi:10.1016/j.archger.2009.03.006
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association (APA), 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Barr, P. (2004). Guilt and shame proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 493-510. doi:10.1348/1476083042555442
- Barr, P. y Cacciatore, J. (2007). Problematic emotions and maternal grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 56(4) 331-348.
- Barr, P. (2012). Negative self-conscious emotion and grief: An actor-partner analysis in couples bereaved by stillbirth or neonatal death. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 310-326.
- Begley, M. y Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis*, 28(1), 26-34. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.28.1.26>
- Behrendt, H. y Ben-Ari, R. (2012). The positive side of negative emotion: The role of guilt and shame in coping with interpersonal conflict. *Journal of Conflict Resolution*, 56(6), 1116-1138.

- Bell, J. , Stanley, N., Mallon, S. y Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Illness, Crisis & Loss*, 20(1), 49-68. doi:10.2190/IL.20.1.e
- Berking, M. y Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Bernard, L. L. y Guarnaccia, C. A. (2003). Two models of caregiver strain and bereavement adjustment: a comparison of husband and daughter caregivers of breast cancer hospice patients. *The Gerontologist*, 43(6), 808-816.
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1), 26-31.
- Boelen, P. A., Van den Bout, J. y De Keijser, J. (2003a). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339-1341.
- Boelen, P. A., Van den Bout, J. y Van den Hout, M. A. (2003b). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 225-238.
- Boelen, P. A., Van den Bout, J. y Van den Hout, M. A. (2003c). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1123-1136.
- Boelen, P. A. y Lensvelt-Mulders, G. J. (2005). Psychometric properties of the grief cognitions questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(4), 291-303. doi:10.1007/s10862-005-2409-5

- Boelen, P. A. y Van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(11), 2175-2177.
- Boelen, P. A., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W. y Zijerveld, A. M. (2006a). Continuing bonds and grief: A prospective analysis. *Death Studies*, *30*, 767-776.
- Boelen, P. A., Van den Hout, M. A. y Van den Bout, J. (2006b). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109-128.
- Boelen, P. A., Van den Bout, J. y Van den Hout, M. A. (2006c). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(11), 1657-1672.
- Boelen, P. A. y Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *257*(8), 444-452.
- Boelen, P. A. y Van den Hout, M. A. (2008). The role of threatening misinterpretations and avoidance in emotional problems after loss. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(1), 71-87.
- Boelen, P. A., Van de Schoot, R., Van den Hout, M. A., De Keijser, J. y Van den Bout, J. (2010). Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1-3), 374-378. doi:10.1016/j.jad.2010.01.076
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A. y Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 975-989.

- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrated perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760-776.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. A. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. y Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 342-351.
- Bonanno, G. A., Goorin, L. y Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. En M. Lewis, J. Haviland-Jones y L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotion* (3rd ed., pp. 797-810). New York: Guilford Press.
- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. New York: Basic Books.
- Bonanno, G. A. y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study Child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B. y Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786-794.
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87(1), 43-52.
- Buckle, J. L. y Fleming, S. (2011). *Parenting after the Death of a Child: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Routledge.
- Cacciatore, J., Froen, F. y Killian, M. (2013). The effects of self-blame on anxiety and depression among women who have experienced stillbirth. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(4), 342-359.
- Camacho, D., Pérez Nieto, M. Á. y Gordillo, F. (2016). Guilt and Bereavement: Effect of the cause of death, and measuring instruments. *Illness, Crisis & Loss*, 0(0), 1-15. doi:10.1177/1054137316686688
- Cerel, J., Jordan, J. R. y Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 29(1), 38-44.
- Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R. y Van de Venne, J. (2013). Exposure to suicide and identification as survivor. Results from a random-digit dial survey. *Crisis*, 34(6), 413-419. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000220>
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M. y Marshall, D. (2014). The continuum of “survivorship”: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 591-600.
- Cisler, J. M. y Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187. doi:10.1007/s11920-012-0262-2

- Cleiren, M. P. (1991). *Adaptation after bereavement: a comparative study of the aftermath of death from suicide, traffic accident, and illness for next of kin*. Leiden, Netherlands: DSWO Press.
- Cleiren, M. P. (1993). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington, DC: Hemisphere.
- Cleiren, M. y Diekstra, R. F. (1995). After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. En B. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (pp. 7-39). New York, NY: Springer.
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W. y Marconi, C. (2014). Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, ID 324374. doi:10.1155/2014/324374
- Corr, C. A. (2015). Let's stop "staging" persons who are coping with loss. *Illness, Crisis & Loss*, 23(3), 226-241.
- Currier, J. M., Holland, J. M. y Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30(5), 403-428.
- Currier, J. M., Holland, J. M., Coleman, R. A. y Neimeyer, R. A. (2008). Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. En R. G. Stevenson y G. R. Cox (Eds.), *Perspectives on violence and violent death* (pp. 177-202). Amityville, NY: Baywood Publishing Co.
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21.
- Davis, C. G., Lehman, D. R., Wortman, C. B. y Silver, R. C. (1995). The undoing of traumatic life events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(2), 109-124. doi:10.1177/0146167295212002

- Davis, C. G., Lehman, D. R., Silver, R. C., Wortman, C. B. y Ellard, J. H. (1996). Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(6), 557-567.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Ciapparelli, A., Conversano, C. y Marazziti, D. (2011). Complicated grief and suicidality: the impact of subthreshold mood symptoms. *CNS Spectrums*, 16(1), 1-6.
- Demi, A. S. y Schroeder, M. A. (1987). *Bereavement experience questionnaire*. Unpublished manuscript. Georgia State University, Atlanta.
- Diminich, E. D. y Bonanno, G. A. (2014). Faces, feelings, words: Divergence across channels of emotional responding in complicated grief. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 350-361. doi:10.1037/a0036398
- Downey, G., Silver, R. C. y Wortman, C. B. (1990). Reconsidering the attribution adjustment relation following a major negative event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 925-940. doi:10.1037/0022-3514.59.5.925
- Duffy, M. y Wild, J. (2017). A cognitive approach to persistent complex bereavement disorder (PCBD). *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10(16), 1-19.
- Duncan, C. y Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt, and shame. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 71(4), 312-342.
- Dunn, R. G. y Morrish-Vidners, D. (1988). The psychological and social experience of suicide survivors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 18(3), 175-215.
- Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31(4), 266-280.

- Dyregrov, K., Nordanger, D. y Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27(2), 143-165. doi:10.1080/07481180302892
- Ehring, T. y Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*, 41(4), 587-598.
- Engel, G. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22.
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A, Boelen, P. A., Van den Bout, J. y Stroebe, W. (2012). Waarom is dit mij overkomen? Ontwikkeling en validatie van de Utrecht RouwRuminatieSchaal [Why did this happen to me? Development and validation of the Utrecht Grief Rumination Scale]. *Gedragstherapie*, 45, 369-388.
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A., Stroebe, W., Boelen, P. A. y Van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 961.
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A, Van den Bout, J., Boelen, P. A. y Stroebe, W. (2014). Development and psychometric evaluation of the Utrecht Grief Rumination Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(1), 165-176.
- Eisma, M. C., Schut, H. A, Stroebe, M. S., Boelen, P. A., Van den Bout J. y Stroebe, W. (2015a). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(2),163-180.
- Eisma, M. C., Rinck, M., Stroebe, M. S., Schut, H. A, Boelen, P. A., Stroebe, W. y Van den Bout, J. (2015b). Rumination and implicit avoidance following bereavement:

an approach avoidance task investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 84-91.

Eisma, M. C., y Stroebe, M. S. (2017). Rumination following bereavement: an overview. *Bereavement Care*, 36(2), 58-64.

Feigelman, W., Gorman, B. S. y Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33, 591-608.

Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M. y Turnbull, O. H. (2016). Assessment of emotional experience and emotional recognition in complicated grief. *Frontiers in Psychology*, 7, 126. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00126>

Fernández-Alcántara, M. y Zech, E. (2017). One or multiple complicated grief(s)? The role of kinship on grief reactions. *Clinical Psychological Science*, 5(5) 851-857. doi:10.1177/2167702617707291

Field, N., Nichols, C., Holen, A. y Horowitz, M. J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 212-218. doi:10.1037/0022-006X.67.2.212

Field, N. P., Bonanno, G. A., Williams, P. y Horowitz, M. J. (2000). Appraisals of blame in adjustment in conjugal bereavement. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 551-569. doi:10.1023/A:1005514128798

Field, N. P. y Bonanno, G. A. (2001). The role of blame in adaptation in the first 5 years following the death of a spouse. *American Behavioral Scientist*, 44, 764-781.

Field, N. P., Gao, B. y Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death studies*, 29(4), 277-299.

Field, N. P. y Filanosky, C. (2009). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1-29.

- Fielden, J. M. (2003). Grief as a transformative experience: Weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 74-85.
- Fletcher, P. N. (2002). Experiences in family bereavement. *Family & Community Health*, 25(1), 57-70.
- Freud, S. (1967). Duelo y melancolía. En *Obras completas, tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. Carta a Binswanger (1972). En *Freud: Epistolario 1873-1939* (p. 339). Barcelona: Plaza & Janés.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. y Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 352-358.
- Gamino, L. A., Sewell, K. W. y Easterling, L. W. (1998). Scott & White grief study: An empirical test of predictors of intensified mourning. *Death Studies*, 22(4), 333-355. doi:10.1080/074811898201524
- Gamino, L. A., Sewell, K. W. y Easterling, L. W. (2000). Scott and White grief study. Phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24(7), 633-660. doi:10.1080/07481180050132820
- García-García, J. A., Petralanda, V. L., Manzano, M. T. y Inda, I. G. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93.
- Garnefski, N. y Kraaij, V. (2009). Cognitive coping and psychological adjustment in different types of stressful life events. *Individual Differences Research*, 7(3), 168-181.

- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S. y Levitt, A. (2002). Defining guilt in depression: A comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 68(2), 307-315. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00335-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00335-4)
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gupta, S. y Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 635-643. doi:10.1037/a0023541
- Hall, C. A., Reynolds, C. F., Butters, M., Zisook, S., Simon, N., Corey-Bloom, J., ... y Shear, M. K. (2014). Cognitive functioning in complicated grief. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 20-25.
- Hardison, H. G., Neimeyer, R. A. y Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(2), 99-111.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. y Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 185-194. doi:10.1016/S0165-0327(01)00462-1

- Hazzard, A., Weston, J. y Gutterres, C. (1992). After a child's death: Factors related to parental bereavement. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(1), 24-30.
- Hendrickson, K. C. (2009). Morbidity, mortality, and parental grief: A review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. *Palliative & Supportive Care*, 7(1), 109-119.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12, 279-292.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11(4), 881-895.
- Ho, S. M., Chan, I. S., Ma, E. P. y Field, N. P. (2013). Continuing bonds, attachment style, and adjustment in the conjugal bereavement among Hong Kong Chinese. *Death Studies*, 37(3), 248-268.
- Holland, J. M. y Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254-263.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Oxford, England: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Weiss, D. S., Kaltreider, N., Krupnick, J., Marmar, C., Wilner, N. y Dewitt, K. (1984). Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 383-392.  
doi:10.1097/00005053-198407000-00002
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*, 37(3), 241-249.

- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes. En *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 49-60). Boston, MA: Springer.
- Humphrey, K. M. (2009). *Counseling strategies for loss and grief*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Ito, T., Tomita, T., Hasui, C., Otsuka, A., Katayama, Y., Kawamura, Y., ... y Kitamura, T. (2003). The link between response styles and major depression and anxiety disorders after child-loss. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 396-403.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jind, L. (2003). Parents' adjustment to late abortion, stillbirth and infant death. The role of causal attributions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(4), 383-394.  
doi:10.1111/1467-9450.00358
- Joormann, J., Levens, S. M. y Gotlib, I. H. (2011). Sticky thoughts: Depression and rumination are associated with difficulties manipulating emotional material in working memory. *Psychological Science*, 22(8), 979-983.
- Joormann, J. y Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49.  
doi:10.1016/j.brat.2016.07.007
- Jordan, J. R., Kraus, D. R. y Ware, E. S. (1993). Observations on loss and family development. *Family Process*, 32(4), 425-440.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102.

- Jordan, J. R., Baker, J., Matteis, M., Rosenthal, S. y Ware, E. S. (2005). The Grief Evaluation Measure (GEM): An initial validation study. *Death Studies*, 29(4), 301-332.
- Jordan, J. R. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals*, 38(10), 679-685.
- Jordan, J. R. y McIntosh, J. L. (2011). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. En J. R. Jordan y J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 19-42). New York, NY: Routledge.
- Jordan, A. H. y Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036836>
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention. The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614-621.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343. <http://dx.doi:10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En M. Klein, *Obras completas* (Vol. 2). Barcelona: Paidós.
- Kowalski, S. D. y Bondmass, M. D. (2008). Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in Nursing & Health*, 31(1), 23-30.
- Kristensen, P., Weisæth, L. y Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(1), 76-97.
- Kubany, E. y Watson, S. (2003). Guilt: elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53(1), 51-90.

- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. London: Tavistock.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos (Edición en castellano)*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Kuo, C. J., Tang, H. S., Tsay, C. J., Lin, S. K., Hu, W. H. y Chen, C. C. (2003). Prevalence of psychiatric disorders among bereaved survivors of a disastrous earthquake in Taiwan. *Psychiatric Services*, 54(2), 249-251.
- Langner, R. y Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235-242.
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E. y Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738>
- Latham, A. E. y Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-362.
- Laurie, A. y Neimeyer, R. A. (2008). African Americans and bereavement: Grief as a function of ethnicity. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 57(2), 173-193.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos (1984)*. Madrid: Martínez Roca Ediciones.
- Leahy, J. M. (1993). A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 26(3), 207-217. doi:10.2190/YLG9-P4R7-W2VW-KAFR

- Lehman, D. R., Wortman, C. B. y Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 218-231.
- Leon, I. G. (1992). The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: A multidimensional model. *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1464-1472.
- Li, J. (2012). Bereavement Guilt in Chinese Adult Children: The Conceptualization, Measurement, Risk Factors and Association with Grief Outcomes. University of Hong Kong. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5353/th\\_b4979917](http://dx.doi.org/10.5353/th_b4979917)
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L. y Chow, A. Y. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, 38(3), 165-171.
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L. y Chow, A. Y. (2015). The Bereavement Guilt Scale Development and Preliminary Validation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-18. doi:10.1177/0030222815612309
- Li, J., Tendeiro, J. N. y Stroebe, M. (2018). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*. doi:10.1002/ijop.12483
- Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A. y Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812. doi:10.1002/jclp.20700
- Limonero García, J. T., Lacasta Reverte, M., García, J. A., Maté, J. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.

- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. y Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies, 34*(8), 673-698.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. y 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. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
- Luyten, P., Fontaine, J. R. J. y Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences, 33*(8), 1373-1387.
- Lyubomirsky, S. y Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. En C. Papageorgiou y A. Wells (Eds.). *Depressive rumination: nature, theory, and treatment* (pp. 21-42). New York: Wiley.
- Maccallum, F. y Bryant, R. A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 713-727.
- Maccallum, F., Galatzer-Levy, I. R. y Bonanno, G. A. (2015). Trajectories of depression following spousal and child bereavement: A comparison of the heterogeneity in outcomes. *Journal of Psychiatric Research, 69*, 72-79.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A. y Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry, 15*(3), 266-275.

- Maercker, A., Bonanno, G. A., Znoj, H. y Horowitz, M. J. (1998). Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives. *Journal of Clinical Psychology, 54*(8), 1117-1136.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... y Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet, 381*(9878), 1683-1685.
- Mancini, A. D. y Bonanno, G. A. (2012). The persistence of attachment: Complicated grief, threat, and reaction times to the deceased's name. *Journal of Affective Disorders, 139*(3), 256-263.
- Maple, M., Plummer, D., Edwards, H. y Minichiello, V. (2007). The effects of preparedness for suicide following the death of a young adult child. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*(2), 127-134.
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D. y Minichiello, V. (2010). Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health & Social Care in the Community, 18*(3), 241-248.
- Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T. y Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(4), 461-474.  
<http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12308>
- McDermott, O. D., Prigerson, H. G., Reynolds, C. F., Houck, P. R., Dew, M. A., Hall, M., ... y Kupfer, D. J. (1997). Sleep in the wake of complicated grief symptoms: an exploratory study. *Biological Psychiatry, 41*(6), 710-716.

- McNiel, D. E., Hatcher, C. y Reubin, R. (1988). Family survivors of suicide and accidental death: Consequences for widows. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(2), 137-148.
- Meier, A. M., Carr, D. R., Currier, J. M. y Neimeyer, R. A. (2013). Attachment anxiety and avoidance in coping with bereavement: Two studies. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 315-334.
- Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J., Reynolds III, C. F., Frank, E. y Shear, M. K. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 884-887.
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F. y Brent, D. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 21-34.
- Melhem, N. M., Walker, M., Moritz, G. y Brent, D. A. (2008). Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(5), 403-410.
- Michael, S. T. y Snyder, C. R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies*, 29(5), 435-458.
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339-352.
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P. y Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children

and parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(2), 235-241.

<https://doi.org/10.3109/00048679809062734>

Mikulincer, M., Gillath, O. y Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 881-895.

Miles, M. S. y Demi, A. S. (1992). A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(3), 203-215. doi:10.2190/G41E-RKTF-P0XD-LJLK

Miller, E. D. y Omarzu, J. (1998). New directions in loss research. En J. H. Harvey. (Ed.). *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 3-20). Philadelphia: Brunner/Mazel.

Miyabayashi, S. y Yasuda, J. (2007). Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5), 502-508. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01699.x

Mizota, Y., Ozawa, M., Yamazaki, Y. y Inoue, Y. (2006). Psychosocial problems of bereaved families of HIV-infected hemophiliacs in Japan. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2397-2410. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.032

Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G. y Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 288-297.

- Morina, N. (2011). Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(12), 921-927.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.  
[https://doi:10.7334/psicothema2013.24](https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24)
- Murphy, S. A., Gupta, A. D., Cain K. C., Johnson, L. K., Lohan, J., Wu L. y Mekwa, S. J. (1999a). Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: a longitudinal prospective analysis. *Death Studies*, 23(2), 129-159.
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C. y Beaton, R. D. (1999b). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to-28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 273-291.
- Murphy, S. A., Lohan, J., Braun, T., Johnson, L. C., Cain, K. C., Beaton, R. D. y Baugher, R. (1999c). Parents' health, health care utilization, and health behaviors following the violent deaths of their 12-to-28-year-old children: a prospective longitudinal analysis. *Death Studies*, 23(7), 589-616.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Chung, I. J. y Beaton, R. D. (2003a). The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 17-25.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C. y Lohan, J. (2003b). Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies*, 27(5), 381-404.

- Murphy, S. A., Tapper, V. J., Johnson, L. C. y Lohan, J. (2003c). Suicide ideation among parents bereaved by the violent deaths of their children. *Issues of Mental Health Nursing*, 24(1), 5-25.
- Nader, K. (2001). Guilt following traumatic events. *Gift from Within*. Recuperado de <http://www.giftfromwithin.org/html/Guilt-Following-Traumatic-Events.html>
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L. y Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1526-1530.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 52(1), 37-52.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., ... y Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251-262.
- Neugarten, B. L. (1979). Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 136(7), 887-894.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F. y Guldin, M. B. (2017). Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 540-550.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. y Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104.

- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. y Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 855-862.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 545-562). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- OMS (WHO) (2018). ICD-11 Beta Draft. Prolonged grief disorder Criteria. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- Owens, C., Lambert, H., Lloyd, K. y Donovan, J. (2008). Tales of biographical disintegration: how parents make sense of their sons' suicides. *Sociology of Health & Illness*, 30(2), 237-254.
- Parkes, C. M. (1975). Psychosocial transitions: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *British Journal of Psychiatry*, 127(3), 204-210. doi:10.1192/bjp.127.3.204
- Parkes, C. M. y Weis, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Penguin Books.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Barcelona: Paidós.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M. y Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94.

- Pitman, A., Rantell, K., Marston, L., King, M. y Osborn, D. (2017). Perceived stigma of sudden bereavement as a risk factor for suicidal thoughts and suicide attempt: analysis of British cross-sectional survey data on 3387 young bereaved adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 286.
- Potvin, L., Lasker, J. y Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.
- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36(4), 717-731. <https://doi:10.3758/BF03206553>
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... y Bonanno, G. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., ... y Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S.,... y Kupfer, D. J. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A.,... y Miller, M. (1995b). The inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.

- Rando, T.A. (1986). Death of the adult child. En T. A. Rando (Ed.), *Parental loss of a child* (221-238). Champaign, IL: Research Press.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B. (1975). The management of pathological grief. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 9(3), 173-180. doi:10.3109/00048677509159845
- Reed, M. D. y Greenwald, J. Y. (1991). Survivor-victim status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(4), 385-401.
- Riley, L. P., LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T. y Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies*, 31(4), 277-299.
- Rizvi, S. L. (2010). Development and preliminary validation of a new measure to assess shame: The shame inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 438-447.
- Rottenberg, J. y Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 227-232. <https://doi:10.1093/clipsy.bpg012>
- Rubin, S. S. y Malkinson, R. (2001). Parental response to child loss across the life cycle: clinical and research perspectives. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 219-240). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Rynearson, E. K. (2001). *Retelling violent death*. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.
- Saavedra Pérez, H. C., Ikram, M. A., Direk, N., Prigerson, H. G., Freak-Poli, R., Verhaaren, B. F. J., ... y Tiemeier, H. (2015). Cognition, structural brain changes

and complicated grief. A population-based study. *Psychological Medicine*, 45(7),1389-1399. doi:10.1017/S0033291714002499

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure y health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.

Sanders, C. M. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 10(4), 303-322. <https://doi:10.2190/X565-HW49-CHR0-FYB4>

Sanders, C., Mauger, P. y Strong, P. (1985). *A manual for the grief experience inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Sands, D. y Tennant, M. (2010). Transformative learning in the context of suicide bereavement. *Adult Education Quarterly*, 60(2), 99-121.

Schaal, S., Dusingizemungu, J. P., Jacob, N., Neuner, F. y Elbert, T. (2012). Associations between prolonged grief disorder, depression, posttraumatic stress disorder, and anxiety in Rwandan genocide survivors. *Death Studies*, 36(2), 97-117.

Scheibe, S. y Blanchard-Fields, F. (2009). Effects of regulating emotions on cognitive performance: what is costly for young adults is not so costly for older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 217.

Scheibe, S. y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(2), 135-144.

Scheidt, C. E., Hasenburg, A., Kunze, M., Waller, E., Pfeifer, R., Zimmermann, P.,... y Waller, N. (2012). Are individual differences of attachment predicting

- bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(5), 375-382.
- Schwarz, E. D. y Kowalski, J. M. (1992). Personality characteristics and posttraumatic stress symptoms after a school shooting. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180(11), 735-737.
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C. R. y Cook, D. G. (2013). The effect of unexpected bereavement on mortality in older couples. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1140-1145.
- Shandor, M. y Demi, A. S. (1992). A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 24(3), 203-215. doi:10.2190/G41E-RKTF-P0XD-LJLK
- Shanfield, S. B. y Swain, B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(9), 533-538.
- Shear, K. y Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A. y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-1297.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C. y Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453-461.
- Shear, M. K. y Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 38, 662-670.

- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N.,... y Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shear, K. y Zisook, S. (2014). Suicide-related bereavement and grief. En S. H. Koslow, P. Ruiz y C. B. Nemeroff (Eds.), *A concise guide to understanding suicide: epidemiology, pathophysiology and prevention* (pp. 66-73). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Shear, M. K., (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372, 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shields, C., Kavanagh, M. y Russo, K. (2017). A qualitative systematic review of the bereavement process following suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(4), 426-454.
- Shields, C., Russo, K. y Kavanagh, M. (2017). Angels of courage: The experiences of mothers who have been bereaved by suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222817725180.
- Shneidman, E. S. (1973). Prologue: fifty-eight years. En E. S. Shneidman (Ed.), *On the nature of suicide*. (pp. 1-30). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Shuchter, S. y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 23-43). New York: Cambridge University Press.
- Silva, T. M. M. D. (2010). Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos. Recuperado de <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/56/>

- Silverman, E., Range, L. y Overholser, J. (1995). Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 30(1), 41-51.
- Silverman, P. R. y Klass, W. (1996). Introduction: What's the Problem? En D. Klass, P. R. Silverman y S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 3-23). Philadelphia, PA: Taylor and Francis.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Noaghiul, F. S. y Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30(4), 857-862.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F.,... y Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395-399.
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J. y Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression and Anxiety*, 28(2), 118-126.
- Smith, M. E., Nunley, B. L., Kerr, P. L. y Galligan, H. (2011). Elders' experiences of the death of an adult child. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(9), 568-574.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2011.576802>
- Solomon, J. y George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(3), 183-197.
- Spasojević, J. y Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25.

- Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., De Roos, C. y Boelen, P. A. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(12), 673-679.
- Stroebe, W. y Stroebe, M. S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. En M. S. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 208-226). New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, W. y Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, S. Wolfgang y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 349-371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Boelen, P. A., Van Den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E. y Van Den Bout, J. (2007a). Ruminative coping as avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 462-472.
- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2007b). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Stroebe, M., Stroebe, W., Van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G. y Li, J. (2014). Guilt in bereavement: the role of self-blame and regret in coping with loss. *PloS One*, 9(5), e96606. <https://doi:10.1371/journal.pone.0096606>
- Stroebe, M., Schut, H. y Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(4), 455-473.

- Sveen, C. A. y Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review on controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29. doi:10.1521/suli.2008.38.1.13
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B..... y Glorioso, D. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, 41(5), 267-275.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E. y Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P. y Salovey, P. (1999). Problematic social emotions: shame, guilt, jealousy and envy. En R. M. Kowalski y M. R. Leary (Eds.). *The social psychology of emotional and behavioral problems* (pp. 167-196). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P., Stuewig, J. y Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Thomadaki, O. (2012). *How mothers experience personal growth after a perinatal loss* (Doctoral dissertation, City University London). Recuperado de [http://openaccess.city.ac.uk/3008/1/Thomadaki%2C\\_Olga.pdf](http://openaccess.city.ac.uk/3008/1/Thomadaki%2C_Olga.pdf)
- Torges, C. M., Stewart, A. J. y Nolen-Hoeksema, S. (2008). Regret resolution, aging, and adapting to loss. *Psychology and Aging*, 23(1), 169-180. doi:10.1037/0882-7974.23.1.169
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S. y Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313.

- Tzeng, W. C., Su, P. Y., Chiang, H. H., Kuan, P. Y. y Lee, J. F. (2010). The invisible family: A qualitative study of suicide survivors in Taiwan. *Western Journal of Nursing Research*, 32(2), 185-198.
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. y Van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1669-1676.
- Van der Pol, S. (2011). An examination of the grieving processes of suicide survivors. *UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones*. Paper 1236.
- Van Dongen, C. J. (1991). Experiences of family members after a suicide. *The Journal of Family Practice*, 33, 375-380.
- Viederman, M. (1995). Grief: Normal and pathological variants. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.1.1>
- Waters, H. S. y Waters, E. (2006).The attachment working models concept: among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 3,185-197.
- Weinberg, N. (1994). Self-blame, other blame, and desire for revenge: Factors in recovery from bereavement. *Death Studies*, 18(6), 583-593.
- Weinberg, N. (1995). Does apologizing help? The role of self-blame and making amends in recovery from bereavement. *Health and Social Work*, 20(4), 294-299. <https://doi.org/10.1093/hsw/20.4.294>
- Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25(1), 51-66. doi:10.1080/07481180126147
- Worden, J.W. (1982). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company.

- Worden, J. W. (1991). Grieving a loss from AIDS. *The Hospice Journal*, 7(1-2), 143-150.
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. y Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177.
- Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir culpabilidad. *Miscelánea Comillas: Revista de Teología y Ciencias Humanas*, 51(99), 485-509.
- Zetsche, U., D'Avanzato, C. y Joormann, J. (2012). Depression and rumination: Relation to components of inhibition. *Cognition & Emotion*, 26(4), 758-767.
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N.,... y Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 170, 15-21.  
<https://doi:10.1016/j.jad.2014.08.021>
- Zinzow, H. M., Rheingold, A. A., Hawkins, A. O., Saunders, B. E. y Kilpatrick, D. G. (2009). Losing a loved one to homicide: Prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 20-27.
- Zisook, S. y Lyons, L. (1988). Grief and relationship to the deceased. *International Journal of Family Psychiatry*, 9(2), 135-146.
- Zisook, S. y Shuchter, S. R. (1985). Time course of spousal bereavement. *General Hospital Psychiatry*, 7(2), 95-100. doi:10.1016/0163-8343(85)90017-9
- Znoj, H. (2006). Bereavement and posttraumatic growth. En L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 176-196). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Znoj, H. J. y Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26(7), 545-565.





## **ANEXOS**



## ANEXO I. CUESTIONARIO

### CUESTIONARIO

Fecha.....

1. Edad.....
2. Sexo.....
3. Profesión.....
4. Fecha de fallecimiento de su ser querido / sus seres queridos.....
5. Edad del fallecido/s.....

6. Relación de parentesco con el fallecido / los fallecidos:

- |                                 |  |                                 |                                |
|---------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hijo   | <input type="checkbox"/> Hermano         | <input type="checkbox"/> Nieto  | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Hija   | <input type="checkbox"/> Hermana         | <input type="checkbox"/> Nieta  |                                |
| <input type="checkbox"/> Esposo | <input type="checkbox"/> Ex pareja       | <input type="checkbox"/> Abuelo |                                |
| <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Novio           | <input type="checkbox"/> Abuela |                                |
| <input type="checkbox"/> Madre  | <input type="checkbox"/> Novia           | <input type="checkbox"/> Amigo  |                                |
| <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Amiga  |                                |

7. Causa de la muerte:

*No violenta*

- Natural inesperada (infarto...)
- Natural esperada (cáncer, otras enfermedades...)
- Muerte perinatal

*Violenta, repentina*

- Suicidio
- Homicidio
- Accidente de tráfico
- Accidente laboral
- Accidente doméstico
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

8. Si tiene creencias espirituales, ¿considera que le han ayudado significativamente a sufrir menos?

- Sí       No

9. ¿Ha percibido suficiente apoyo de sus familiares y amigos?

- No       Muy poco       Bastante       Mucho

10. ¿Considera que sus circunstancias y su entorno le han ayudado a afrontar esta situación?

- No       Muy poco       Bastante       Mucho

## ANEXO II. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

### ÍTEMS SOBRE CULPA Y REMORDIMIENTO DEL TBSQ

1. A menudo me gustaría haber muerto en lugar de él/ella  
 Sí       No
2. A veces tengo la sensación de que soy responsable de su muerte  
 Sí       No
3. No tengo nada por lo que culparme a mí mismo/a porque me preocupaba por él/ella todo el tiempo.  
 Sí       No
4. Tengo sentimientos de culpa porque yo a veces soy capaz de disfrutar de la vida otra vez  
 Sí       No
5. Creo que hice todo lo que pude por él/ella  
 Sí       No
6. A menudo me gustaría poder volver atrás y hacer las cosas de manera diferente  
 Sí       No
7. Si pudiera estar con él/ella una vez más, me gustaría hacer las cosas de otra manera  
 Sí       No
8. Realmente me arrepiento de no haber hecho más por él/ella cuando estaba vivo/a.  
 Sí       No
9. Realmente lamento no haberme comportado siempre bien con él/ella.  
 Sí       No
10. Tengo sentimientos de culpa cuando pienso en algunas de las cosas que hice cuando él/ella aún estaba con vida.  
 Sí       No



## IDC- Inventario de Duelo Complicado

<b>POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN LA OPCIÓN QUE MÁS SE ADAPTE A SU EXPERIENCIA TRAS LA MUERTE DE SU FAMILIAR</b>					
	<b>Nunca</b>	<b>Raras veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome	0	1	2	3	4

16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano	0	1	2	3	4

## ESCALA DE CULPA EN EL DUELO (BGS)

Las siguientes frases son acerca de sentimientos y pensamientos que uno puede experimentar en el duelo. Piensa en tu experiencia en el último mes e indica cuánto se ajusta cada una de estas frases a tu situación actual.

<b>1</b>	No me describe en absoluto
<b>2</b>	No me describe
<b>3</b>	Me describe medianamente bien
<b>4</b>	Me describe bastante bien
<b>5</b>	Me describe muy bien

1. Le/la traté mal	<b>1 2 3 4 5</b>
2. Creo que no podré ser feliz nunca más desde que él/ella falleció	<b>1 2 3 4 5</b>
3. Me siento culpable por vivir para mí mismo desde su muerte	<b>1 2 3 4 5</b>
4. No hice todo lo que pude para mejorar nuestra relación	<b>1 2 3 4 5</b>
5. Hay muchas cosas que no hice por él/ella	<b>1 2 3 4 5</b>
6. Siento que no pude corresponderle/la lo suficiente por lo que él/ella me dio	<b>1 2 3 4 5</b>
7. Él/ella era infeliz por mi culpa	<b>1 2 3 4 5</b>
8. Me siento responsable de su muerte	<b>1 2 3 4 5</b>
9. Me siento mal cuando me siento feliz desde su muerte	<b>1 2 3 4 5</b>
10. Siento malestar cuando pienso acerca de las cosas que podría haber hecho de otra manera	<b>1 2 3 4 5</b>
11. Se me parte el corazón cuando recuerdo cosas de las que me siento culpable	<b>1 2 3 4 5</b>
12. Él/ella quizás estaría todavía vivo/a si yo lo hubiera hecho mejor	<b>1 2 3 4 5</b>
13. No pasé suficiente tiempo con él/ella	<b>1 2 3 4 5</b>
14. Pienso que él/ella no habría muerto en aquel momento si yo hubiera hecho las cosas de otra manera	<b>1 2 3 4 5</b>

# ESCALA DE RUMIACIÓN EN EL DUELO DE UTRECHT (UGRS)

## Pensamientos acerca de la pérdida

La gente a veces piensa cosas diversas después de la pérdida de un ser querido. Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cuántas veces has pensado alguna de las siguientes cosas durante el **último mes**.

<b>PREGUNTAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>NORMALMENTE</b>	<b>A MENUDO</b>	<b>MUY FRECUENTEMENTE</b>
1. Piensas en las consecuencias que su muerte tiene para ti					
2. Analizas cuál es el significado personal de la pérdida para ti					
3. Te preguntas si recibes el apoyo adecuado de tus familiares					
4. Analizas si podrías haber prevenido su muerte					
5. Te preguntas a ti mismo por qué te merecías esta pérdida					
6. Intentas analizar con precisión tus sentimientos acerca de la pérdida					
7. Te preguntas si reaccionas de manera normal ante la pérdida					
8. Te preguntas si su muerte podría haber sido evitada si las circunstancias hubieran sido diferentes					
9. Te preguntas si recibes el apoyo adecuado de amigos y conocidos					
10. Te preguntas si su muerte podría haber sido evitada si otros hubieran actuado de manera diferente					
11. Te preguntas por qué esto te ha pasado a ti y no a otra persona					
12. Piensas acerca de lo injusta que es la pérdida					
13. Intentas comprender tus sentimientos acerca de la pérdida					
14. Piensas acerca de cómo te gustaría que otras personas reaccionen ante tu pérdida					
15. Piensas cómo ha cambiado tu vida con su muerte					

## SC-35

Lea las siguientes frases y compruebe si, en su caso, son ciertas o falsas.

Marque con un **1** lo que mejor se adapte a su caso.

<b>PREGUNTAS</b>	Totalmente falso	Más bien falso	Más bien cierto	Totalmente cierto
1. Me preocupa lo que otras personas puedan pensar de mis acciones				
2. En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando con algo que no merezco				
3. No me merezco tener gente que me quiera				
4. Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal				
5. Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizá tengan razón				
6. Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho				
7. A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible				
8. Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer qué habré hecho mal				
9. Hay cosas de mi pasado de las que no quiero ni acordarme				
10. A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, cuando yo me preocupo tanto de las mías				
11. No sé por qué el sexo sigue siendo para mí algo no limpio				
12. Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable				
13. Cuando pierdo un amigo pienso: "ya he metido la pata otra vez".				
14. Tengo la sensación de "romper" todo lo que toco				
15. Cuando me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás				
16. Me moriría de vergüenza si tuviera que ser encarcelado				
17. Hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo				
18. No es extraño que mis amigos me olviden				
19. La causa de mis fracasos está en mí mismo				

20. Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar qué le habré podido hacer yo				
21. Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima				
22. La mayor felicidad es comportarse correctamente				
23. A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que no estoy implicado				
24. Echo de menos la inocencia de cuando era niño				
25. Hay muchas cosas que la gente piensa que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van				
26. Temo que me ocurran desgracias aunque no he hecho nada malo				
27. En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba al espejo				
28. Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo				
29. Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre				
30. Comprendo y justifico fácilmente a los demás pero a mí mismo no me perdono				
31. No me siento peor que la mayoría				
32. Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que se merece				
33. Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren				
34. A veces he sentido asco de mi mismo				
35. Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad				

## DERS

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

<b>1</b>	CASI NUNCA
<b>2</b>	POCAS VECES
<b>3</b>	UNAS VECES SÍ, OTRAS VECES NO
<b>4</b>	MUCHAS VECES
<b>5</b>	CASI SIEMPRE

1. Percibo con claridad mis sentimientos	<b>1 2 3 4 5</b>
2. Presto atención a cómo me siento	<b>1 2 3 4 5</b>
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control	<b>1 2 3 4 5</b>
4. No tengo ni idea de cómo me siento	<b>1 2 3 4 5</b>
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos	<b>1 2 3 4 5</b>
6. Estoy atento a mis sentimientos	<b>1 2 3 4 5</b>
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	<b>1 2 3 4 5</b>
8. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo	<b>1 2 3 4 5</b>
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento	<b>1 2 3 4 5</b>
10. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones	<b>1 2 3 4 5</b>
11. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	<b>1 2 3 4 5</b>
12. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera	<b>1 2 3 4 5</b>
13. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante	<b>1 2 3 4 5</b>
14. Cuando me siento mal, pierdo el control	<b>1 2 3 4 5</b>
15. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo	<b>1 2 3 4 5</b>
16. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a	<b>1 2 3 4 5</b>

17. Cuando me siento mal, creo que mis sentimientos son legítimos e importantes	1 2 3 4 5
18. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas	1 2 3 4 5
19. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control	1 2 3 4 5
20. Cuando me siento mal, aún puedo conseguir hacer las cosas	1 2 3 4 5
21. Cuando me siento mal, me siento avergonzado por sentirme de esa manera	1 2 3 4 5
22. Cuando me siento mal, puedo encontrar una forma para al final sentirme mejor	1 2 3 4 5
23. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil	1 2 3 4 5
24. Cuando me encuentro mal, siento que puedo mantener el control sobre mi comportamiento	1 2 3 4 5
25. Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera	1 2 3 4 5
26. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme	1 2 3 4 5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1 2 3 4 5
28. Cuando me siento mal, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor	1 2 3 4 5
29. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1 2 3 4 5
30. Cuando me siento mal, empieza a sentirme muy mal conmigo mismo	1 2 3 4 5
31. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer	1 2 3 4 5
32. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento	1 2 3 4 5
33. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa	1 2 3 4 5
34. Cuando me encuentro mal, me tomo algún tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente	1 2 3 4 5
35. Cuando me encuentro mal, me lleva mucho tiempo sentirme mejor	1 2 3 4 5
36. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse	1 2 3 4 5





### **ANEXO III. ARTÍCULOS PUBLICADOS**



# Guilt and Bereavement: Effect of the Cause of Death, and Measuring Instruments

Illness, Crisis & Loss

0(0) 1–15

© The Author(s) 2017

Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1054137316686688

journals.sagepub.com/home/icl



Dulce Camacho<sup>1</sup>, M.A. Pérez Nieto<sup>2</sup>,  
and Fernando Gordillo<sup>2</sup>

## Abstract

Guilt is a common reaction in bereavement. Our aim is to explore the guilt in bereavement depending on the cause of death. The sample involved 73 participants who had lost a family member to a terminal illness, suicide, sudden illness, accident, or perinatal death. Guilt was measured using the items of self-blame and regret in the Tübingen Bereavement Symptoms Questionnaire, the SC-35, and the Bereavement Guilt Scale (BGS). The results reveal significant differences in suicide bereavement on the self-blame subscale compared with unexpected natural death. Further there are significant differences in suicide bereavement in the regret subscale compared with unexpected natural death, and in the BGS as regards both an expected and an unexpected natural death. There are no significant differences in guilt when it is measured through the SC-35. These data suggest that the measurement of guilt in bereavement calls for the use of specific scales for this context.

## Keywords

guilt, bereavement, death, suicide

<sup>1</sup>Centro de Atención al Duelo Alaia, Madrid, Spain

<sup>2</sup>Department of Psychology. Camilo José Cela University, Madrid, Spain

## Corresponding Author:

Dulce Camacho, Centro de Atención al Duelo Alaia, calle Fernández de los Ríos, 87, 3º Izda. 28015 Madrid, Spain.

Email: dulcecamacho@alaia-duelo.com

## **Introduction**

Guilt has been acknowledged as one of the most common reactions following the loss of a loved one ever since the earliest studies on the grieving process (Lindemann, 1994). Kubany and Watson (2003) propose a multidimensional model of guilt related to trauma, according to which the intensity of a person's guilt is a combination of emotional anxiety and four cognitive beliefs: (a) personal responsibility in the cause of a negative outcome, (b) insufficient justification for one's actions, (c) a breach of one's own values or habits, and (d) the belief that a reasonable person should have foreseen, and therefore impeded, the events that led to the negative outcome. This model may help to explain why numerous grieving people experience a feeling of guilt following the death of a loved one.

For some researchers, guilt is a normal reaction (Shuchter & Zisook, 1993), while others contend that such guilt is linked to pathological grief (Parkes, 1975; Raphael, 1975). In a recent review of the literature on guilt in bereavement, Stroebe et al. (2014) have found that the prevalence of guilt varies significantly from 7% (Zisook & Shuchter, 1985) to almost 90% (Miles & Demi, 1991–1992; Mizota, Ozawa, Yamazaki, & Inoue, 2006), with the mean ranging between 30% and 60% (Davis, Lehman, Silver, Wortman, & Ellard, 1996; Lehman, Wortman, & Williams, 1987; Shanfield & Swain, 1984; Weinberg, 1994). Stroebe proposes that the difference in the results is linked, on the one hand, to the nature of the subgroups studied. For example, one of the studies that reflects a prevalence of guilt of 80% involved a sample of women whose children had died from AIDS or hemophilia, illnesses that they themselves had passed on to them (Mizota et al., 2006). On the other hand, the discrepancy in the results related to guilt may be due to the different scales used in the measurement.

Many of the studies on guilt in bereavement have used scales created to assess the expressions of grief that include items related to guilt, but which do not specifically measure this emotion; for example, the Bereavement Experience Questionnaire (Demi & Schroeder, 1987), the Grief Evaluation Measure (Jordan, Baker, Matteis, Rosenthal, & Ware, 2005), the Perinatal Grief Scale (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989), the Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995), and the Grief Experience Inventory (Sanders, Mauger, & Strong, 1985). Other studies have used questionnaires to measure guilt, such as the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1989), whose guilt subscale, according to certain researchers, has low internal consistency, does not correlate significantly with other measures of guilt, and assesses only adaptive guilt and not maladaptive guilt (Barr, 2012; Luyten, Fontaine, & Corveleyn, 2002; Rizvi, 2010). Furthermore, the fact that many studies do not analyze the effects of the time elapsed since the loss may explain the range of prevalence, as these affective states tend to decrease with the passage of time (Duncan & Cacciatore, 2015).

The difficulty of assessing guilt in bereavement may be due to the divergence in its conceptualization (Li, Stroebe, Chan, & Chow, 2014). For some researchers, guilt is a coping strategy (Garnefski & Kraaij, 2009; Leon, 1992; Weinberg, 1994), while others consider guilt to be a series of cognitions (Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003; Davis, Lehman, Wortman, & Silver, 1995; Downey, Silver, & Wortman, 1990) or an emotion common in the grief (Harwood, Hawton, Hope, & Jacoby, 2002; Kowalski & Bondmass, 2008). For Stroebe et al. (2014), guilt has both cognitive and affective aspects. It is a multidimensional construct with different components, two of which are blaming oneself, or self-blame, and regret. Self-blame in bereavement means that a person feels responsible for the other person's death (Davis, et al., 1996; Weinberg, 1994), while regret is defined as a negative emotion accompanied by the belief that one could have done something different that would have led to a more positive outcome in terms of the relationship with the deceased person or regarding the events related to the death (Stroebe et al., 2014). Self-blame is linked to higher anxiety and depression and to greater post-traumatic symptomatology (Cacciatore, Froen, & Killian, 2013; Jind, 2003), while guilt as a general concept is associated with more intense expressions of grief (Barr, 2004, 2012; Barr & Cacciatore, 2007).

The instrument Stroebe et al. (2014) use for this conceptualisation of guilt is the Tübingen Bereavement Symptoms Questionnaire (TBSQ), a questionnaire created specifically for the Tübingen Longitudinal Study of Bereavement on the risk factors in the adjustment to marital grief (Stroebe & Stroebe, 1993). In this study on guilt in bereavement, Stroebe uses the items of self-blame and regret.

Other instruments used to measure guilt are the Bereavement Guilt Scale (BGS; Li, Stroebe, Chan, & Chow, 2015) and the SC-35 (Zabalegui, 1993). The BGS is a scale that has been specifically designed for assessing guilt in bereavement that consists of 14 items. It has five factors: *responsibility for the death*, *hurting the deceased*, *survivor guilt*, *indebtedness guilt*, and *guilt feeling*. The construct's validity is based on the moderated negative correlation between the BGS and self-forgiveness and low self-esteem, and on the positive correlation with depression and anxiety.

@@The BGS is based on the definition of guilt as an emotional expression of remorse in bereavement, admitting failure and not having lived up to one's own personal standards and expectations regarding the deceased persons or their death (Li et al., 2014). According to this definition, guilt in bereavement is a multidimensional construct, involving both cognitive and affective aspects.

The SC-35 (Zabalegui, 1993) is a scale designed to measure the readiness or tendency to experience feelings of guilt. It has 35 items. According to the factor analysis, guilt is a multidimensional construct consisting of six factors: *self-hatred*, *apprehension*, *shame and dishonour*, *feeling of unworthiness in all relationships*, *need to make amends*, and *dissatisfaction with past life*. In addition to these six factors, there are, although with less weight, another three factors: *high self-*

*expectations, low self-esteem, and a sense of letting other people down.* According to its author, guilt is a cognitive and affective assessment of behavior that does not match a specific scale of moral values.

On the other hand, over and above the conceptualization of guilt, one of the risk factors associated with higher levels of this emotion is the cause of the death (Stroebe & Schut, 2001). Nevertheless, there is considerable discrepancy in the findings reported by different studies. Some of them have found that an unnatural death is a risk factor regarding feelings of intense guilt (Gamino, Sewell, & Easterling, 2000; Hazzard, Weston, & Gutterres, 1992; Rando, 1993; Weinberg, 1995). In a study comparing 13 widows whose husbands had committed suicide with 13 widows whose husbands had died in accidents, McNiel, Hatcher, and Reubin (1988) found that the women whose husbands had died by their own hand experienced a greater feeling of guilt than those who had lost their husbands to an accidental death.

The results of another study (Shandor & Demi, 1992), whose aim was to analyze the frequency of guilt feelings and explore their source in a sample of parents who had lost their children to suicide, accident, or chronic illness, reveal that 92% of the parents grieving for a child experienced feelings of guilt, as opposed to 78% of those who had lost their child in an accident, and 71% in the case of a chronic illness. Furthermore, 34% of the grieving parents in a case of suicide said that guilt was the prevailing aspect of their bereavement, while none of the parents in the other two groups experienced this same circumstance.

Another study has found more similarities than differences regarding the feelings of guilt among the bereaved parents in cases of suicide compared with those responding to accidental deaths or the sudden infant death syndrome (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003), while the findings of another study have revealed that the bereaved person who had lost a loved one to natural causes experienced a greater feeling of guilt than those who had lost someone to unnatural causes (Bailey, Kral, & Dunham, 1999). In the same vein, a study conducted with a sample of children grieving over the suicide of someone very close and with those grieving for other reasons found that those experienced more symptoms of anxiety, anger, and shame, but no significant differences were found regarding sadness and guilt (Cerel, Fristad, Weller, & Weller, 1999).

Jordan (2001) indicates that those people coming to terms with the suicide of a loved one experience more feelings of guilt than those suffering for other causes of death, but a review of the literature comparing this and other types of death conducted by Sveen and Walby (2008) has reported very different findings. This difference may be due to the research method (qualitative or quantitative) and the groups involved (Jordan & McIntosh, 2011).

Thus, once these issues have been addressed, the aim of our study is to explore the guilt linked to grieving considering the cause of death (natural expected/unexpected death, accident, suicide, and perinatal death), as well as the differences that may be due to the use of different scales and

conceptualizations of guilt. The hypothesis, based on clinical observation, is that people who have suffered a loss due to suicide experience higher levels of guilt than those who have lost a loved to other causes.

## Method

### *Participants*

This study has used a sample of 73 people grieving for the loss of a loved one, of whom 51 were attending a Bereavement Care Centre, while 22 had no clinical support. In the sample, 72.6% were women. The average age was 48.8 ( $SD = 13.9$ ). Of the participants, 39 (53.4%) had lost a son or a daughter, and the remaining 46.6% had lost a spouse, parent, sibling, grandchild, grandparent, or a friend.

The time elapsed since the loss ranged from 3 months to 5 years, with the highest percentage (28.8%) corresponding to those people who had lost a loved one over the past 12 months (24.7%) and those whose loved one passed away 3 years before (24.7%). Regarding the circumstances of the death, 43.8% of the causes of death involved a terminal illness, 20.5% were suicides, 13.7% were due to a sudden illness (heart attack), 13.7% were due to an accident (motor vehicle or domestic), and 8.2% of cases involved a perinatal death.

### *Variables and Measures*

For this study's data analysis, and bearing in mind the overriding presence of people who had lost a son or daughter, the categories of kinship are grouped into two: son/daughter and others.

The type of death, which is used as an independent variable in an ex post facto design of a prospective nature, was featured in a survey specifically customized with questions on the cause of death: expected or unexpected natural death, accident, suicide, and perinatal death.

Guilt in bereavement was measured using two scales: the BGS and the SC-35, as well as the items of the TBSQ referring to self-blame and regret, together with a questionnaire for gathering data such as age, gender, date of death, age of the deceased person, kinship, and cause of death, among others.

The BGS, as explained earlier, is a scale designed specifically for measuring guilt in people who have suffered a loss. To translate the scale into Spanish for its use in our case, we have followed the guidelines provided by the International Test Commission (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013), which has involved a translation from English into Spanish and back again by an expert English-speaking translator, thereby guaranteeing both the linguistic and semantic accuracy of the items. The BGS has good internal consistency, with a reliability index of .70 and a test-retest reliability of .94. The sample used here had a

Cronbach's  $\alpha$  coefficient of .76, which according to the criteria of Prieto and Muñiz (2000) may be deemed satisfactory for assessing the indices of reliability of internal consistency.

The SC-35 is a scale that measures people's readiness or tendency to experience feelings of guilt. Its degree of internal consistency is high, with a reliability index of .88 and a correlation of .64 with the 0 scale of the Sixteen Personality Factor Questionnaire.

The TBSQ has been specifically created for the Tübingen Longitudinal Study of Bereavement on the risk factors in the adjustment to marital grief (Stroebe & Stroebe, 1993). For her study on guilt in bereavement, Stroebe et al. (2014) use the TBSQ's subscales of self-blame and regret. These same subscales are the ones we have used here, with the translation following the guidelines specified by the International Test Commission (Muñiz et al., 2013). The self-blame subscale has a satisfactory internal consistency (Cronbach's  $\alpha = .68$ ), and regret also has a good internal consistency (Cronbach's  $\alpha = .84$ ). The sample used here had a high Cronbach's  $\alpha$  in the guilt subscale of .76, and the Cronbach's  $\alpha$  in the regret subscale was .78, which may be considered satisfactory according to the criteria of Prieto and Muñiz (2000) for calculating the reliability indices of internal consistency.

### **Procedure**

The selection of the sample was based on the inclusion criteria of being of legal age and having lost a loved one at least 30 days before inclusion in the study, and as exclusion criteria, suffering from a serious psychological disorder. The procedure used for data gathering has been the administration to the cohort, and subsequent collection, of the ad hoc questionnaire and the three scales described earlier. The subjects had previously been given clear instructions on how to complete these inventories. All the subjects in the cohort took part in the study on a voluntary and anonymous basis, thereby upholding due confidentiality after they had been explained the study's purpose.

### **Results**

The initial step involved a descriptive statistical analysis of the scales that measure the guilt variable: the SC-35, the BGS, and the TBSQ's subscales of self-blame and regret. Table 1 presents the results: The mean obtained in the TBSQ's self-blame subscale (maximum score = 5) is 2.44 ( $\pm 1.624$ ). As regards the TBSQ's regret subscale (maximum score = 5), the mean was 3.10 ( $\pm 1.749$ ). In turn, regarding the SC-35 (maximum score = 157), the mean obtained was 93.36 ( $\pm 24.865$ ), and for the BGS (maximum score = 68), the mean was 34.78 ( $\pm 14.213$ ).

**Table 1.** Results of the Descriptive Study.

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	SD
Self-blame (TBSQ)	73	5	0	5	2.44	1.624
Regret (TBSQ)	73	5	0	5	3.10	1.749
SC-35	73	110	47	157	93.36	24.865
BGS	73	53	15	68	34.78	14.213
Valid N (per list)	73					

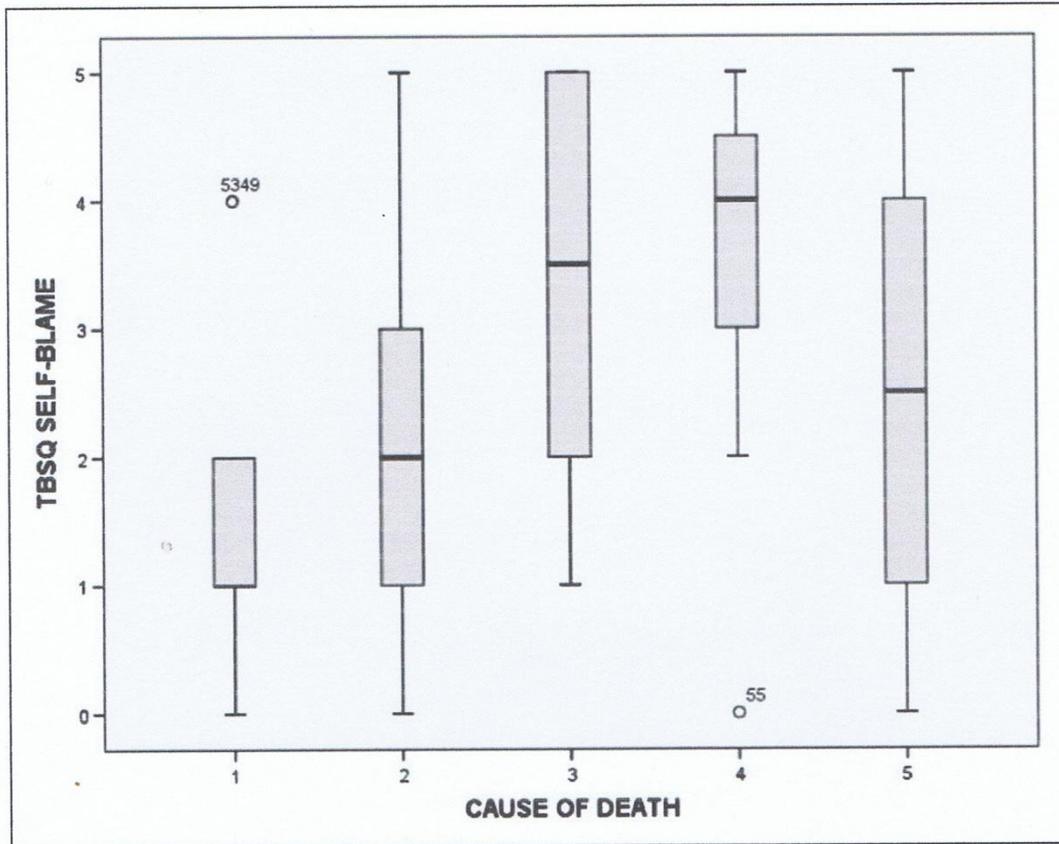
BGS = Bereavement Guilt Scale; SD = standard deviation; TBSQ = Tübingen Bereavement Symptoms Questionnaire.

To fulfill this study's goal, namely, to explore guilt by considering the cause of death, as well as the differences that may be due to the use of different scales and conceptualizations of guilt, an analysis of variance was conducted to determine whether the independent variable of circumstances of death explained the variance in the dependent variables of self-blame (TBSQ), regret (TBSQ), guilt (SC-35), and guilt in bereavement (BGS). The results revealed that cause of death had a significant impact on self-blame:  $F(4,68) = 3.855$ ,  $p = .007$ ,  $\eta_p^2 = .185$ ,  $P = .877$ ; regret:  $F(4, 68) = 2.545$ ,  $p = .047$ ,  $\eta_p^2 = .130$ ,  $P = .690$ ; and guilt in the BGS:  $F(4,68) = 4.272$ ,  $p = .004$ ,  $\eta_p^2 = .201$ ,  $P = .911$ , while it had no significant effect on the guilt measured with the SC-35:  $F(4,68) = 0.733$ ,  $p = .573$ ,  $\eta_p^2 = .041$ ,  $P = .224$ .

The results in the Bonferroni analysis showed differences in guilt due to a suicide in the self-blame subscale (TBSQ) compared with a natural death ( $M_{i-j} = 1.93$ ,  $SE = 0.616$ ,  $p = .025$ ) and to an unexpected natural death ( $M_{i-j} = 1.50$ ,  $SE = 0.472$ ,  $p = .022$ ). Significant results were also found for suicide in the regret subscale (TBSQ) compared with an unexpected natural death ( $M_{i-j} = 1.55$ ,  $SE = 0.525$ ,  $p = .044$ ) and in the BGS (guilt in bereavement), as regards both an expected natural death ( $M_{i-j} = 17.67$ ,  $SE = 5.337$ ,  $p = .015$ ) and an unexpected one ( $M_{i-j} = 14.92$ ,  $SE = 4.091$ ,  $p = .005$ ; Figures 1–4).

## Discussion

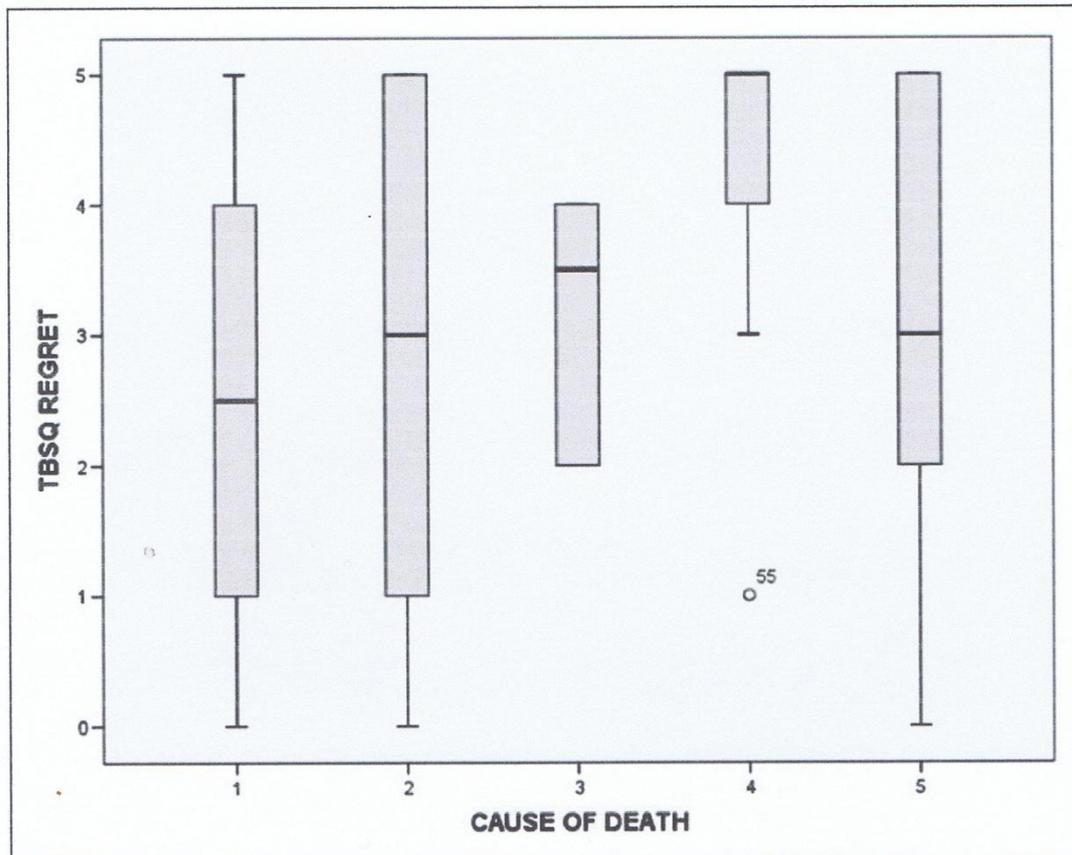
In view of the few studies on the influence that the circumstances of death have on the frequency of the guilt people experience during the grieving process, the aim here was to explore the guilt associated with bereavement by considering the causes of death (expected/unexpected natural death, accident, suicide, and perinatal death), based on the hypothesis that the circumstances of death, specifically death by suicide, may have a bearing on the frequency and intensity of the guilt felt by the bereaved person. As certain researchers have pointed out (Jordan, 2001), guilt is more present in grief due to a suicide than in grief due to other causes of death. The results show that people who have suffered a loss to



**Figure 1** Differences in guilt depending on cause of death in the self-blame subscale (TBSQ). 1: Unexpected natural death; 2: Expected natural death; 3: Perinatal death; 4: Suicide; 5: Accident.

suicide experience higher levels of guilt than those who have lost a loved one to an accident, perinatal death, and both an expected and an unexpected natural death. These findings support the conclusions presented in the study by Li (2012), in which the prevalence of guilt was lower among people who had lost a loved one to a natural death compared with those who had lost one to an unnatural death, including suicide. Furthermore, our results are consistent with those reported in another study based on the hypothesis that guilt is one of the aspects that differentiates grief due to a suicide from other types of bereavement (Bell, Stanley, Mallon, & Manthorpe, 2012). Other prior studies (McNiel et al., 1988; Shandor & Demi, 1992) report results along the same lines: Guilt is more frequent in people grieving due to a suicide than in other kinds of bereavement.

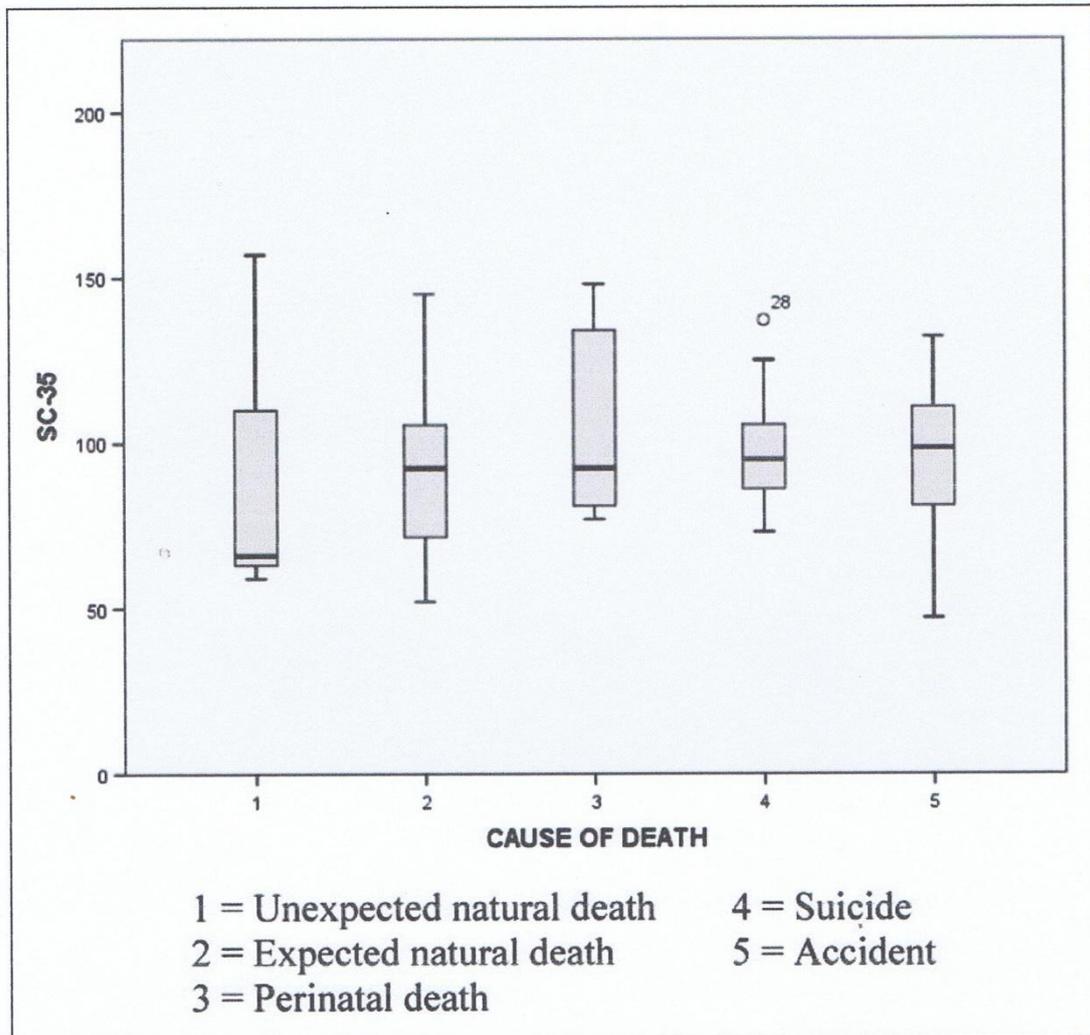
One of the reasons that make it difficult to cope with a death due to suicide may be the fact that the survivors experience high levels of guilt, which are linked to greater expressions of grief and a slower decrease of the symptoms over time, as shown by the longitudinal study conducted by Stroebe et al. (2014).



**Figure 2** Differences in guilt depending on cause of death in the regret subscale (TBSQ). 1: Unexpected natural death; 2: Expected natural death; 3: Perinatal death; 4: Suicide; 5: Accident.

The high scores for guilt reported by the survivors in the case of a loved one's suicide might be related to the stigma of suicide that is still present in our society, which tends to blame the family, whereby some survivors tend to hide the circumstances of their loved one's death for fear of being judged and held accountable for the death, as well as to preserve the deceased person's reputation. Less social support may also be related to the stigma surrounding suicide (Calhoun, Selby, & Selby, 1982).

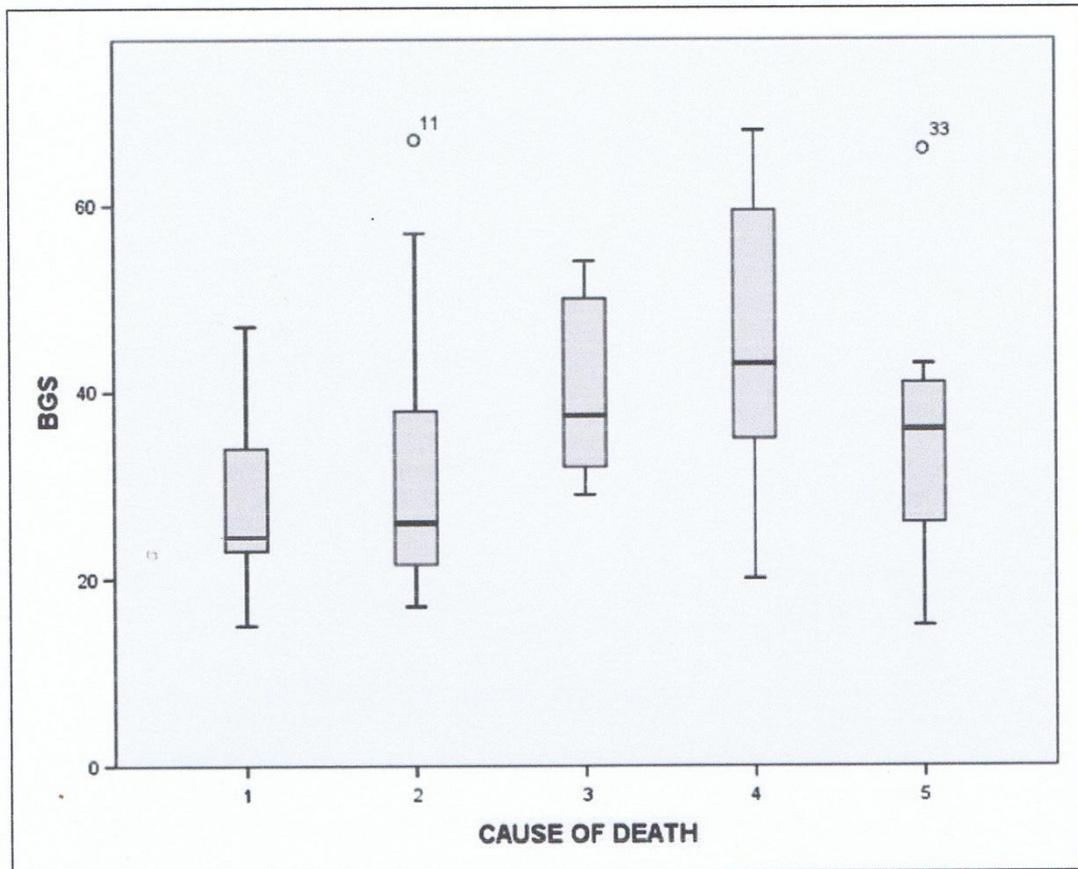
Guilt, together with shame, has been described as one of the factors that most contribute to isolation, which is a common behavior among people grieving over a suicide (Dyregrov et al., 2003). Moreover, as guilt is considered a complex risk factor in bereavement, the presence of higher levels of guilt in the survivors of a loved one's suicide means that the grieving process is likely to be more complicated, and therefore requires greater psychological care in order to alleviate the negative effects on both the physical and the mental health of this more vulnerable group of bereaved persons.



**Figure 3** Differences in guilt depending on cause of death in the SC-35.

On the other hand, our findings support the statements made by several researchers regarding the use of scales for guilt in bereavement (Li et al., 2015). It can be seen that the SC-35 has not provided any significant results, whereas both the subscales of guilt and regret in the TBSQ and the BGS record significant differences, suggesting that the use of instruments to assess guilt specifically in the context of bereavement appear to be decisive in the study of such guilt.

In addition, the data obtained here seem to be in disagreement with the considerations of several researchers who affirm that the simple quantitative measures in the study of guilt may not detect issues such as the frequency of feelings of guilt in relation to the cause of death (Jordan, 2001; Van Der Pol, 2011).



**Figure 4** Differences in guilt depending on cause of death in the BGS. 1: Unexpected natural death; 2: Expected natural death; 3: Perinatal death; 4: Suicide; 5: Accident.

Our findings contribute to increase the knowledge of the emotions experienced by people grieving due to a suicide, whereby more specific assistance can be provided for this risk group.

#### Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

#### Funding

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

#### References

- Bailey, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*, 256–271.

- Barr, P. (2004). Guilt and shame proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 493–510. doi:10.1348/1476083042555442
- Barr, P. (2012). Negative self-conscious emotion and grief: An actor-partner analysis in couples bereaved by stillbirth or neonatal death. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 310–326. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02034.x
- Barr, P., & Cacciatore, J. (2007). Problematic emotions and maternal grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 56(4), 331–348.
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., & Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: Examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Illness, Crisis & Loss*, 20(1), 49–68. doi:10.2190/IL.20.1.e
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1123–1136. doi:10.1016/S0005-7967(02)00259-0
- Cacciatore, J., Froen, F., & Killian, M. (2013). The effects of self-blame on anxiety and depression among women who have experienced stillbirth. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(4), 342–359.
- Calhoun, L. G., Selby, J. W., & Selby, L. E. (1982). The psychological aftermath of suicide: An analysis of current evidence. *Clinical Psychology Review*, 2, 409–420.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 672–679.
- Davis, C. G., Lehman, D. R., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Ellard, J. H. (1996). Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(6), 557–567. doi:10.1177/0146167296226002
- Davis, C. G., Lehman, D. R., Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1995). The undoing of traumatic life events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(2), 109–124. doi:10.1177/0146167295212002
- Demi, A. S., & Schroeder, M. A. (1987). *Bereavement experience questionnaire*. Unpublished manuscript, Georgia State University, Atlanta, USA.
- Downey, G., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1990). Reconsidering the attribution adjustment relation following a major negative event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 925–940. doi:10.1037/0022-3514.59.5.925
- Duncan, C., & Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt, and shame. *Omega: Journal of Death and Dying*, 71(4), 312–342.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27(2), 143–165. doi:10.1080/07481180302892
- Gamino, L. A., Sewell, K. W., & Easterling, L. W. (2000). Scott and White grief study. Phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24(7), 633–660. doi:10.1080/07481180050132820
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive coping and psychological adjustment in different types of stressful life events. *Individual Differences Research*, 7(3), 168–181.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide:

- A descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 185–194. doi:10.1016/S0165-0327(01)00462-1
- Hazzard, A., Weston, J., & Gutterres, C. (1992). After a child's death: Factors related to parental bereavement. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(1), 24–30.
- Jind, L. (2003). Parents' adjustment to late abortion, stillbirth and infant death. The role of causal attributions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(4), 383–394. doi:10.1111/1467-9450.00358
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(1), 91–102.
- Jordan, J. R., Baker, J., Matteis, M., Rosenthal, S., & Ware, E. S. (2005). The Grief Evaluation Measure (GEM): An initial validation study. *Death Studies*, 29(4), 301–332.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 19–42). New York: Routledge.
- Kowalski, S. D., & Bondmass, M. D. (2008). Physiological and Psychological Symptoms of Grief in Widows. *Research in Nursing & Health*, 31(1), 23–30.
- Kubany, E., & Watson, S. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53(1), 51–90.
- Lehman, D. R., Wortman, C. B., & Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 218–231.
- Leon, I. G. (1992). The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: A multidimensional model. *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1464–1472.
- Li, J. (2012). Bereavement guilt in Chinese adult children: The conceptualization, measurement, risk factors and association with grief outcomes. (Unpublished doctoral dissertation). University of Hong Kong, Pok Fu Lam, Hong Kong.
- Li, J., Stroebe, M. S., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, 38(3), 165–171. doi:10.1080/07481187.2012.738770
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L. W., & Chow, A. Y. M. (2015). The Bereavement Guilt Scale: Development and preliminary validation. *Omega: Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–18. doi:10.1177/0030222815612309
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944. *American Journal of Psychiatry*, 151(6 Suppl), 155–160.
- Luyten, P., Fontaine, J. R. J., & Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 33, 1373–1387.
- McNiel, D. E., Hatcher, C., & Reubin, R. (1988). Family survivors of suicide and accidental death: Consequences for widows. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(2), 137–148.
- Miles, M. S., & Demi, A. S. (1991–1992). A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. *Omega: Journal of Death and Dying*, 24(3), 203–215. doi:10.2190/G41E-RKTF-P0XD-LJLK

- Mizota, Y., Ozawa, M., Yamazaki, Y., & Inoue, Y. (2006). Psychosocial problems of bereaved families of HIV-infected hemophiliacs in Japan. *Social Science & Medicine*, 62, 2397–2410. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.032
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation]. *Psicothema*, 25(2), 151–157.
- Parkes, C. M. (1975). Psychosocial transitions: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *British Journal of Psychiatry*, 127, 204–210. doi:10.1192/bjp.127.3.204
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the perinatal grief scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29–45.
- Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65–71.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., . . . Miller, M. (1995). The inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B. (1975). The management of pathological grief. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 9(3), 173–180. doi:10.3109/00048677509159845
- Rizvi, S. L. (2010). Development and preliminary validation of a new measure to assess shame: The shame inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 438–447.
- Sanders, C., Mauger, P., & Strong, P. (1985). *A manual for the grief experience inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Shandor, M., & Demi, A. S. (1992). A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. *Omega. Journal of Death and Dying*, 24(3), 203–215. doi:10.2190/G41E-RKTF-P0XD-LJLK
- Shanfield, S. B., & Swain, B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(9), 533–538.
- Shuchter, S., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 23–43). New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 208–226). New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, S. Wolfgang & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 349–371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLoS One*, 9(5e96606). doi:10.1371/journal.pone.0096606
- Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review on controlled studies. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 38(1), 13–29. doi:10.1521/suli.2008.38.1.13

- Tangney, J. P., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Van Der Pol, S. (2011). An examination of the grieving processes of suicide survivors. *UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones*. Paper 1236. <http://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/1236>
- Weinberg, N. (1994). Self-blame, other blame, and desire for revenge: Factors in recovery from bereavement. *Death Studies, 18*(6), 583–593.
- Weinberg, N. (1995). Does apologizing help? The role of self-blame and making amends in recovery from bereavement. *Health and Social Work, 20*(4), 294–299.
- Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir culpabilidad [A scale to measure guilt feelings]. *Miscelánea Comillas: Revista de Teología y Ciencias Humanas, 51*(99), 485–509.
- Zisook, S., & Shuchter, S. R. (1985). Time course of spousal bereavement. *General Hospital Psychiatry, 7*(2), 95–100.

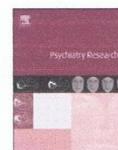
### Author Biographies

**Dulce Camacho** is Degree in Psychology from the Camilo José Cela University Madrid (2007). Master in Master's Degree in Research in Emotion, Cognition and Health (2012). PhD student (2015).

**M.A. Pérez-Nieto** is Degree in Psychology from the University of Salamanca. Master's Degree in Intervention in Anxiety and Stress by the UCM (1996-1998). Doctor in Psychology by the Complutense University of Madrid (2003). Dean of the Faculty of Health of the Camilo José Cela University Madrid (2008-2013). Director of the Department of Psychology of the Camilo José Cela University Madrid (since 2013).

**Fernando Gordillo** is Degree in Psychology from the National University of Distance Education (2003). Master's degree in Neurosciences by the University of Salamanca (2008). Doctor in Neurosciences by the University of Salamanca (2011).





## The role of rumination in the guilt associated with bereavement according to cause of death



Dulce Camacho<sup>a,\*</sup>, Miguel Á. Pérez-Nieto<sup>b</sup>, Fernando Gordillo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Altaia Association. C/ Fernández de los Ríos, 87. 28015 Madrid, Spain*

<sup>b</sup> *Camilo José Cela University, Madrid, Spain*

### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Rumination  
Guilt  
Bereavement  
Suicide

### ABSTRACT

The purpose of this study was to analyse the role rumination plays in the relationship between cause of death and the guilt present during bereavement. The sample consisted of 90 people that had suffered a loss due to an expected or unexpected natural death, suicide or accident. The results suggest that rumination increases the levels of guilt felt by people that had suffered a loss due to suicide compared to those whose loss was due to an expected natural death. These findings contribute to a better understanding of the mechanisms with an influence on bereavement.

### 1. Introduction

Guilt is an emotional reaction that entails feelings of tension, remorse and regret (Duncan and Cacciatore, 2015). It is generally considered to be an adaptive response, insofar as it correlates with empathy and prosocial behaviour (Behrendt and Ben-Ari, 2012; Brown, 2006; Tangney et al., 2007), triggering feelings that enable people to use their behaviour to offset the harm caused, in contrast to shame, in which the possibility of remedying the harm is perceived to be remote or impossible (Tangney and Salovey, 1999). It is precisely this inability to repair the damage caused that will turn guilt in the grieving process into a complicated feeling. Guilt is considered one of the more frequent reactions in the grieving process (Stroebe et al., 2007a), being one of the DSM-5 criteria for the prolonged grief disorder (PGD; American Psychiatric Association, 2013), understood as “maladaptive appraisals about oneself in relation to the deceased or the death (e.g., self-blame)” (p. 790).

Although there are different opinions on the prevalence of guilt in bereavement (Stroebe et al., 2014), the results of a review of 34 quantitative studies and nine qualitative ones on the nature and impact of guilt in bereavement suggest that this is one of the common denominators among people that have suffered a loss (Li et al., 2014). Cause of death is one of the risk factors associated with higher levels of guilt (Stroebe and Schut, 2001). Sundry studies have reported that an unnatural death increases the risk of feeling intense guilt (Rando, 1993; Gamino et al., 2000; Hazzard et al., 1992; Weinberg, 1994). The results reported in a more recent study (Li, 2012) indicate that levels of guilt are lower among people that have suffered a loss due to natural causes

compared to those whose loss was due to an unnatural death. Furthermore, it has been shown that guilt, or the feeling one could have done something to prevent the death, correlates with the posttraumatic stress disorder, depression and PGD among people that lose a loved one to a catastrophe (Kuo et al., 2003) and among adolescents affected by a loved one's suicide (Melhem et al., 2004). Along these same lines, the findings in another study (Bell et al., 2012) conclude that guilt features more in the bereavement following a suicide than in other kinds of grief. A recent study has found that people grieving over a suicide tend to feel more guilt than in the cases of accident/murder and death by natural causes (Tal et al., 2017).

It therefore seems that cause of death may have an influence on emotional responses; nevertheless, to our knowledge, the cognitive mechanisms involved in developing and maintaining the emotional responses linked to bereavement have not been sufficiently studied. Such mechanisms have indeed been explored in emotional responses such as sadness in depression or anxiety in the generalised anxiety disorder, with rumination being a process linked to the greater intensity and frequency of these emotional responses. For example, rumination has been linked to symptoms of depression and anxiety (Aldao et al., 2010). It is considered to interfere in problem-solving (Lyubomirsky and Tkach, 2004), influence social support by undermining relationships (Nolen-Hoeksema et al., 2008), and be associated with deficits in cognitive control (Joormann et al., 2011; Zetsche et al., 2012). Rumination has also been found to play a mediating role in risk factors of depression, such as a negative cognitive style, self-criticism, and the antecedents of depression (Spasojević and Alloy, 2001).

It has also been reported that exposure to stressful life events is

\* Corresponding author.

E-mail address: [dulcecamacho@altaia-duelo.com](mailto:dulcecamacho@altaia-duelo.com) (D. Camacho).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.065>

Received 2 July 2017; Received in revised form 5 February 2018; Accepted 27 April 2018

Available online 22 May 2018

0165-1781 / © 2018 Elsevier B.V. All rights reserved.

associated with a significant increase in rumination (Michl et al., 2013). In this same vein, Hervás and Vázquez (2011) posit that certain situational factors could be related to the emotional overload caused by traumatic events, and this accumulation of events could increase ruminative responses. According to these authors (Hervás and Vázquez, 2006), complex emotions, that is, a tendency to experience sadness together with other emotions, carries more weight in the prediction of rumination than other factors associated with the ruminative style, such as greater emotional attention, less emotional clarity, or less emotional repair.

With a view to understanding the cognitive processes involved in bereavement, one needs to begin with its adaptive function in reducing the intensity and frequency of the main symptoms, namely, intrusive thoughts about the deceased, sadness, and a longing to be reunited (Forstmeier and Maercker, 2007). Intrusive thoughts in bereavement involve thinking about what one could have done to avoid the death but did not, and the frequency with which they appear would be linked to the salience of the memory evoked (the cause of death), whereby a greater frequency of intrusive thoughts of guilt is to be expected when a person believes it was foreseeable, and thus also avoidable. It may therefore be inferred that rumination may be mediating in the intensity of the guilt felt in bereavement, depending on the cause of death. It should be noted accordingly that rumination in the grieving process focuses on thoughts about the cause of death, the meaning of the loss, and the emotions linked to it, such as guilt (Eisma et al., 2014).

As a cognitive strategy of emotional regulation, rumination in bereavement is defined as repeatedly and recurrently thinking about the loss, its consequences, and the negative emotions related to it (Boelen et al., 2003, 2006a; Boelen and Van den Hout, 2008; Van der Houwen et al., 2010). Some scholars contend that rumination plays a key role in developing and maintaining the symptoms of complicated grief (Boelen et al., 2006b; Shear et al., 2007; Van der Houwen et al., 2010), as reported in a study of a sample of 106 people grieving over the death of a child, whose results show that ruminative coping was closely linked to the development of a greater depression disorder, which means that this style of coping may be considered a risk factor of depression following the death of a child (Ito et al., 2003).

There are other variables that may likewise be relevant in the evolution of the grieving process, such as the degree of kinship with the deceased. Some researchers contend that people suffering from the loss of a child experience more symptoms of grief than those that have lost their partner, a sibling, or a parent (Sanders, 1980; Middleton et al., 1998; Sirki et al., 2000; Bernard and Guarnaccia, 2003; Kersting et al., 2011; Zetumer et al., 2015). Specifically, regarding people grieving over a suicide, there is evidence to show that a first-degree family member is at greater risk of suicidal behaviour after their own exposure to a suicide (Pitman et al., 2014). Nevertheless, in a recent review designed to uncover the evidence on the risk of suicide among persons themselves exposed to suicide, the findings show that a close relationship with the deceased may have a greater impact than one of kinship (Maple et al., 2017). Accordingly, Cerel et al. (2014) propose the concept of "continuum of survivorship", with a view to clarifying the meaning of the term "survivor of suicide". According to these scholars, there are differing levels of impact, which range from those people exposed to a suicide, through those that are affected, to those people grieving over a loss to suicide that experience a greater impact over both the short and long term, as a result of the loss of a very close emotional tie with the deceased in these circumstances. Along these same lines, another study (Cerel et al., 2013) concludes that the difference between people that admitted to have been significantly affected by a suicide and those that did not was based on the perception of the quality of their relationship with the deceased, not only on their relationship of kinship. A significant percentage of the people in this sample that had lost a friend, work colleague or neighbour to suicide were profoundly affected by these deaths.

Other variables to be considered are the time elapsed since the loss

(Lehman et al., 1987; Martikainen and Valkonen, 1996; Murphy et al., 1999; Byrne and Raphael, 1997; Stroebe and Schut, 2001) and access to professional counselling for coping with certain complicated aspects of bereavement, as well as its effectiveness (Folkman, 2001; Pfeffer et al., 2002; Shear et al., 2005; Kissane et al., 2006).

Following a review of the literature on the cause of death and its influence on the guilt felt by the bereaved, as well as on rumination during the grieving process, and considering that, to the best of our knowledge, this issue has not been sufficiently addressed in prior studies, the aim here was to analyse the role that rumination plays in the relationship between cause of death and feelings of guilt during bereavement. Two hypotheses were formulated: the first hypothesis was that people who have suffered a loss due to suicide experience higher levels of guilt than those experiencing a death due to an expected or unexpected natural death or an accident. The second hypothesis formulated was that rumination will play a mediating role on the guilt felt by people that have suffered a loss to suicide, compared to those whose loss has been due to an expected natural death, a sudden death, or an accident. The justification for these hypotheses is that suicide is attributed causes that are more controllable, foreseeable, and therefore avoidable, than those related to natural or accidental deaths, thereby triggering higher levels of guilt (Shear and Zisook, 2014). On the other hand, and as explained in the introduction, rumination, understood as intrusive thoughts about what could have been done to prevent the death, would be mediating these levels, increasing feelings of guilt in those cases in which the cause of death would allow more argumentation in this respect, as in the case of suicide (*"I should have noticed he was depressed"*, *"I should have realised something was up when he didn't want to talk to me"*), compared to natural or accidental deaths, where the fortuitous or inevitable nature of the event would do more to inhibit the maladaptive self-judgements regarding the deceased.

## 2. Method

### 2.1. Participants

This study used a sample of 90 people (72.2% women) grieving over the loss of a loved one, with an average age of 49.5 (SD = 13.7). Forty-six (51.1%) of those taking part in the study had lost a child, while 44 (48.9%) had lost a partner, parent, sibling, grandchild, grandparent, or friend.

The time elapsed since the loss ranged between two months and eight years. As regards the cause of death, 37 cases were due to expected natural death (e.g. cancer), 24 due to an unexpected natural death (e.g. heart attack), in 17 cases it was due to suicide, and in 12 it was due to an accident (e.g. road, household). Table 1 shows more demographic information.

### 2.2. Measures

Cause of death, which is used as an independent variable, was identified through a customised survey with questions on the circumstances of the death, which contained the following options: expected natural death (cancer, chronic illness), unexpected natural death (heart-attack, stroke, or any other illness lasting less than a month), suicide, and accident (road, household).

Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS; Eisma et al., 2014) was used to evaluate rumination. This scale has been developed to specifically measure rumination in people undergoing a grieving process. The Spanish translation of this scale has followed the guidelines set forth by the International Test Commission - ITC (Muñiz et al., 2013). This involved translating the scale into Spanish and then back-translating it into English. UGRS contains 15 items, with a five-point Likert-type scale, and five subscales: Reactions, which measures thoughts about the negative emotional reactions to the loss; Injustice, which measures thoughts about the unfairness of the death; Counterfactuals, which

**Table 1**  
Demographic and background information (N = 90).

Background	Demographic information
Age of the bereaved	M = 49.56, SD = 13.72, Range = 18 – 81
Sex of the bereaved	25 men (27.8%) 65 women (72.2%)
Relationship of decedent	46 Parents (51.1%) 9 Partners/spouses (10%) 21 Children (23.3%) 8 Sibling (8.9%) 1 Grandchild (1.1%) 1 Friend (1.1%) 4 Other relatives (4.4%)
Cause of death	37 Expected natural (41.1%) 24 Unexpected natural (26.7%) 17 Suicide (18.9%) 12 Accidental (13.3%)
Time elapsed since the death (years)	M = 0.43, SD = 0.69, Range = 0 – 8
Professional support	Yes: 63 (70%) No: 27 (30%)

measures thoughts about the events leading up to the death, asking "what if...?"; Meaning, which measures the thoughts about the meaning and consequences of the loss experience; and Relationships, which measures thoughts related to social support. In the study by Eisma et al. (2014), the UGRS recorded excellent internal consistency, with a reliability index of 0.90 for a sample of 204 UK participants, and of 0.91 for a sample of 316 German participants. The sample used here had a Cronbach's alpha of 0.80, which may be considered satisfactory.

Guilt in bereavement was measured using the Bereavement Guilt Scale (BGS). BGS (Li et al., 2015) is specifically designed for measuring feelings of guilt in grief. It has 14 items, with a five-point Likert-type scale. It comprises five factors: "responsibility towards the death", "hurting the deceased", "survivor guilt", "indebtedness guilt", and "guilt feelings". The scale has been translated following the ITC's guidelines (Muñiz et al., 2013), with a translation into Spanish and a back-translation into English. BGS had good internal consistency, with a reliability index of 0.70, for a sample of 1,079 bereaved individuals (Li et al., 2015). The sample used here recorded a Cronbach's alpha coefficient of 0.76, which may be considered satisfactory.

### 2.3. Procedure

The sample was chosen based on the inclusion criteria of being of legal age and having lost a loved one at least 30 days before joining the study, with the exclusion criterion being a serious psychological disorder. The procedure followed for gathering the data has involved administering the study cohort a questionnaire that included age, sex, date of death, degree of kinship with the deceased, cause of death, and psychological counselling, as well as the two scales described above. Prior to this, the subjects were given clear instructions on how to complete these inventories. Once the participants were carefully informed in writing about the purpose of the research, informed consent was obtained and documented securely and separately from the questionnaire, to ensure anonymity. Participants were ensured of both anonymity and confidentiality. No pressure was put on persons to participate. They were also informed that they could discontinue their participation at any time, without any consequences.

### 2.4. Statistical analysis

For our data analysis here, the independent variable cause of death was divided into four groups: expected natural death, unexpected natural death, suicide, and accident.

SPSS version 22 was used for conducting the following analyses: firstly, descriptive analyses and an analysis of variance, to verify

**Table 2**  
Descriptive analysis of the variable guilt, according to the cause of death.

Cause of death		Guilt		
		N	M	SD
Cause of death	Expected natural	37	31.19	13.37
	Unexpected natural	24	30.75	10.49
	Suicide	17	46.29	14.85
	Accident	12	34.17	13.54

whether the first hypothesis is confirmed; and secondly, an analysis of mediation using the bootstrapping procedure and transforming the categorical variable cause of death into dummy variables for verifying the second hypothesis.

### 3. Results

The initial step for verifying the first hypothesis, whereby people that have suffered a loss due to suicide experience higher levels of guilt than those experiencing a death due to an expected or unexpected natural death or an accident, involved a descriptive analysis of BGS in relation to the levels of the factor cause of death. The results are shown in Table 2.

The highest score clearly corresponds to death by suicide, followed by death by accident. The score for death by suicide is higher than the mean on the scale that measures guilt ( $M = 34.32$ ,  $SD = 14.03$ ).

An analysis of variance was then conducted to compare the means of the variable dependent guilt among the groups of the independent variable cause of death. The results of ANOVA reveal the significant effects that the factor cause of death has on guilt ( $F_{(3,86)} = 6.15$ ,  $p = 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.18$ ).

The next step involved a post-hoc analysis of multiple comparisons using the Bonferroni technique, with a level of significance of 0.05. The results show that the mean values for guilt in the case of death by suicide ( $M = 46.29$ ,  $SD = 14.85$ ) were higher than when the death was due to an unexpected natural cause ( $M = 30.75$ ,  $SD = 10.49$ ,  $Mi-j = 15.54$ ,  $p = 0.002$ ), and to an expected natural one ( $M = 31.19$ ,  $SD = 13.37$ ,  $Mi-j = 15.11$ ,  $p = 0.001$ ), and with a value close to significance when the cause of death was an accident ( $M = 34.17$ ,  $SD = 13.54$ ,  $Mi-j = 12.13$ ,  $p = 0.091$ ). Nevertheless, the results were not significant when death by accident was compared to an expected natural death ( $M = 34.17$ ,  $SD = 13.54$ ,  $Mi-j = 2.98$ ,  $p = 1.000$ ), or to an unexpected natural death ( $M = 30.75$ ,  $SD = 10.49$ ,  $Mi-j = 3.42$ ,  $p = 1.000$ ). No significant differences were found either in the case of an expected natural death compared to a sudden natural one ( $M = 31.19$ ,  $SD = 13.37$ ,  $Mi-j = 0.44$ ,  $p = 1.000$ ).

Finally, an analysis of covariance was conducted to control for the effect of the variables age, sex, and time elapsed since the death, including the variable dependent guilt, the groups of the independent variable cause of death, with age, sex and time elapsed since the death as covariables. The results were significant in relation to the effects of cause of death on guilt ( $F_{(3, 83)} = 6.67$ ,  $p < 0.0001$ ,  $\eta^2 = 0.19$ ). Nevertheless, the results of the covariables were not significant in any of the three cases: age ( $F_{(1,83)} = 0.27$ ,  $p = 0.607$ ), sex ( $F_{(1,83)} = 3.61$ ,  $p = 0.061$ ), and time elapsed since the death ( $F_{(1,83)} = 0.89$ ,  $p = 0.348$ ). This means that none of these three variables had a significant impact on the relationship between cause of death and guilt.

These results enable us to confirm the first hypothesis: people that have suffered a loss due to suicide record higher levels of guilt than those whose loss was due to an expected or unexpected illness or an accident.

A mediation analysis was used to verify the second hypothesis, namely, rumination plays a mediating role in the guilt of people that have suffered a loss due to suicide, as regards those whose loss has been due to an expected natural death, a sudden natural death, or an

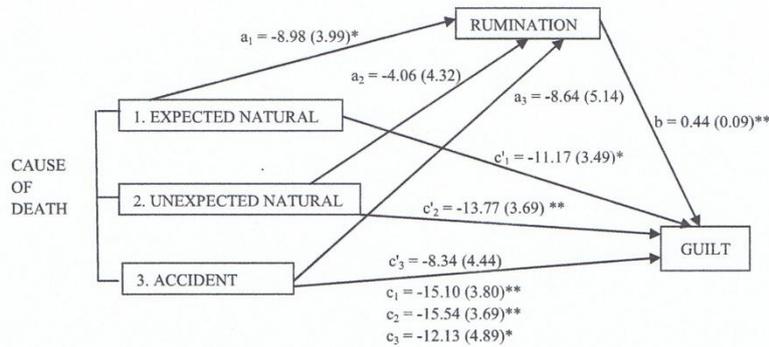


Fig. 1. Mediation analysis using rumination as mediator variable in the relationship between the different categories of cause of death and guilt. When designing the dummy variables, suicide is the base category used to compare the other three categories. The coefficients are estimations of non-standardised parameters (SE). \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$ .

accident. In order to conduct this analysis, and considering that it was a small sample, the non-parametric bootstrapping procedure was used with 5,000 iterations for estimating the 95% confidence intervals and verifying rumination's mediating effect. This analysis estimates the indirect effect, standard errors and confidence intervals. The bootstrapping procedure checks whether the mediating variable's indirect effect includes the value 0. If the indirect effect's confidence interval does not include 0, then this effect is significant, and it may therefore be affirmed that there is mediation. The level of significance used is  $p < 0.05$ . This method can be used to obtain reliable and valid conclusions with smaller sample sizes, and the assumption of normality cannot therefore be assumed (Preacher and Hayes, 2004). This analysis involved the use of the Process macro for SPSS provided by Preacher and Hayes (2004). Given that the independent variable in this case was categorical, it was transformed into a series of dummy variables for conducting the mediation analysis, one for each cause of death.

Firstly, Fig. 1 shows that the results of the simple linear regression analysis between rumination as mediator variable and cause of death as independent variable reveal that the expected natural death category of the independent variable is significant regarding the suicide category taken as reference ( $B = -8.98$ ,  $SE = 3.99$ ,  $p = 0.02$ ). The same does not occur in the categories of unexpected natural death ( $B = -4.06$ ,  $SE = 4.32$ ,  $p = 0.35$ ) and accident ( $B = -8.64$ ,  $SE = 5.14$ ,  $p = 0.09$ ).

Regarding the relationship between rumination and guilt (Fig. 1), the results are significant ( $B = 0.43$ ,  $SE = 0.09$ ,  $p < 0.001$ ). Concerning the direct effect of cause of death on guilt, the results show that it is significant in the case of an expected natural death ( $B = -11.17$ ,  $SE = 3.49$ ,  $p = 0.020$ ) and a sudden natural one ( $B = 13.77$ ,  $SE = 3.69$ ,  $p = 0.003$ ), as regards death by suicide taken as the base. Nevertheless, the results are not significant when the death was due to an accident ( $B = -8.34$ ,  $SE = 4.44$ ,  $p = 0.063$ ). Regarding the overall relative effect on the dependent variable guilt, in which the impact of only one predictor is taken into account (the independent variable cause of death), the results are statistically significant: expected natural death ( $B = -15.10$ ,  $SE = 3.80$ ,  $p = 0.001$ ), unexpected natural death ( $B = -15.54$ ,  $SE = 4.11$ ,  $p = 0.003$ ), and accident ( $B = -12.13$ ,  $SE = 4.89$ ,  $p = 0.015$ ) regarding the suicide category taken as reference.

Finally, Table 3 shows that the results of the simple mediation analysis with rumination as mediator variable evidence that the indirect effect relative to the expected natural death category of the predictor variable regarding the suicide category, taken as reference, on guilt through rumination is significant because it does not include the value 0. As the result has a negative sign, it may be deduced that the effect of rumination in the event of an expected natural death triggers lower levels of guilt among the bereaved than when the loss has been

Table 3  
Relative indirect effect of rumination on guilt through cause of death.

Mediator	Cause of death	Bootstrap estimation of relative indirect effect	SE	Bias corrected and accelerated 95% confidence intervals	
				Lower bound	Upper bound
Rumination	Expected natural death	-3.9335	1.7680	-8.0744	-1.0052
	Unexpected natural death	-1.7783	1.6079	-5.2936	1.0298
	Accident	-3.7865	2.4324	-9.5320	0.1255

Note. Based on 5000 bootstrap samples. When designing the dummy variables, suicide is the base category used to compare the other three categories.

due to suicide. It may therefore be concluded that the relative indirect effect is mediated by rumination when the loss has been due to suicide. These results allow the second hypothesis to be partially accepted; in other words, rumination plays a mediating role in the guilt felt by people that have experienced a loss due to suicide regarding those whose loss has been due to an expected natural death, but not when the loss has been due to an unexpected natural death or to an accident. Rumination's effect on guilt is therefore lower amongst the bereaved when the cause has been an expected natural death than in the case of suicide, while the difference in all the other cases is not significant. This means that rumination increases guilt in cases of suicide, albeit only significantly so regarding an expected natural death.

4. Discussion

This study has set out to analyse the role of rumination in the relationship between cause of death and the guilt present during bereavement. The first step involved analysing whether the cause of death (expected and unexpected natural death, suicide, or accident) explained the variance in the guilt felt by the bereaved. The results show that cause of death had an impact on guilt, after controlling for the variables of age, sex, and the time elapsed since the death. The results also show that when the death was due to suicide, the mean values for guilt were higher than when the death was an unexpected natural one, an expected natural one, or an accident. These findings allow confirming the first hypothesis: people that have suffered a loss due to suicide record higher levels of guilt than those that have lost a loved one to an accident, expected natural death, or unexpected natural death. The fact that those people grieving over the suicide of a loved one experience higher

levels of guilt may be related to the widespread belief that suicide can be prevented (Shear and Zisook, 2014). The survivors of a loss to suicide tend to blame themselves for not having prevented or avoided the death (Cleiren and Dijkstra, 1995; Begley and Quayle, 2007). This study's findings are consistent with those reported by Bell et al., (2012), who conclude that guilt is more present in grieving over suicide than in other kinds of bereavement. They also support the conclusion reached by other studies reporting that the survivors of a loss-to suicide record higher levels of guilt over the death than other grieving people (Reed and Greenwald, 1991; Cleiren, 1993; Miles and Demi, 1992; Silverman et al., 1995).

Following a study of the impact that cause of death has on guilt, a mediation analysis was undertaken with rumination as mediator variable. The results show that rumination significantly increased feelings of guilt in cases of suicide compared to an expected natural death. One of the specific characteristics of bereavement over a suicide is the need survivors have to find an answer to the question of why their loved one took their own life (Jordan, 2001; Begley and Quayle, 2007). In this search for an explanation, survivors often undergo an intense process of rumination over the possible reasons that led their loved one to commit suicide, and over the part they played in the death, which feeds feelings of guilt. According to Maple et al. (2010), this rumination may be heightened by the difficulty in talking about a loved one's suicide and about the feelings that many survivors experience in their social environment. In this same vein, Jordan (2017) reports that the social ambiguity over the rules of social interaction following a suicide means that avoidance behaviour can be commonplace among one's social network, whereby it may be deduced that suicide can lead to the survivor's profound isolation (Cvinar, 2005), which would in turn prompt greater rumination.

The findings made here, however, only partially confirm the second hypothesis, given that the results do not show any significant differences in the mediating role that rumination plays in the relationship between the levels of guilt associated with a sudden natural death and one due to an accident, on the one hand, and suicide, on the other. These results are consistent with those in other studies reporting that the bereavement following a loss to suicide shares the same reactions as those observed in other kinds of grief, especially after sudden violent deaths (Jordan et al., 1993; Jordan, 2001; Cerel et al., 2008). In a review of studies that compared people grieving over a suicide with other kinds of bereavement (Sveen and Walby, 2008), the authors conclude that there were few differences in the variables referring to mental health, such as depression or symptoms of anxiety, although they did find a number of differences in specific bereavement variables, such as guilt, rejection, shame, and stigma. As Jordan (2001) reports, the similar response between suicide and other traumatic deaths is logical from a clinical perspective. According to this author, the unique characteristics of fortuitous deaths, due both to suicide and to other traumatic losses, may explain a large part of the difference in bereavement reactions compared to natural causes of death. Within the category of death due to a natural cause, a sudden natural death may share some of the characteristics of traumatic deaths, such as their fortuitous nature or the lack of control perceived in unexpected or sudden illnesses.

This paper's findings help to extend our theoretical understanding of rumination and guilt and their effect on the development and persistence of complicated bereavement. What's more, these results have practical implications for professionals caring for people grieving over a suicide, who are in greater need of professional mental health counselling, given the stigma that still surrounds suicide in society and the reduced social support perceived by the survivors (Jordan, 2001). Several researchers have contended that rumination is an avoidance mechanism rather than a confrontation strategy (Stroebe et al., 2007a; Boelen et al., 2006a). According to these scholars, constant rumination over the events linked to the loss and the reason for it constitutes a way of avoiding the reality of the loss and the most painful feelings involved. Given that the results presented here suggest that rumination raises

levels of guilt in cases of bereavement due to suicide, the application of techniques for reducing or controlling rumination might help to alleviate the feelings of guilt among the survivors of a loss to suicide, who have a greater tendency to develop maladaptive thoughts and beliefs regarding their responsibility for the death and what they could have done to prevent or avoid it. In view of the specific nature of the bereavement caused by a suicide, another resource that could be promoted involves support groups for survivors. These groups provide the bereaved with an opportunity to express their feelings within a safe and secure environment, where they feel understood and are listened to, which helps to reduce the sense of isolation that is so common in this kind of grief.

This study has its limitations, and specific mention should be made of the small sample used, which is also very heterogeneous in certain aspects, such as the relationship of kinship with the deceased. Regarding access to professional counselling, a factor that may have an impact on the variables studied, it has not been controlled for because of the lack of information on the type of support the participants had received. All this may hinder the extrapolation of the results to other populations. Our results should be interpreted with caution, and future research should address this matter with broader and more uniform samples.

#### Role of funding source

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

#### Conflicts of interest

none.

#### Acknowledgments

Authors would like to thank all participants to the study.

#### References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 217–237.
- Association, AmericanPsychiatric, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5<sup>®</sup>)*. American Psychiatric Pub, Arlington, VA.
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., Manthorpe, J., 2012. Life will never be the same again: examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Int. J. Crisis Loss* 20, 49–68.
- Bernard, L.L., Guarnaccia, C.A., 2003. Two models of caregiver strain and bereavement adjustment: a comparison of husband and daughter caregivers of breast cancer hospice patients. *Gerontologist* 43, 808–816.
- Behrendt, H., Ben-Ari, R., 2012. The positive side of negative emotion: the role of guilt and shame in coping with interpersonal conflict. *J. Confl. Resolut.* 56, 1116–1138.
- Begley, M., Quayle, E., 2007. The lived experience of adults bereaved by suicide. *Crisis* 28 (1), 26–34. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.28.1.26>.
- Boelen, P.A., Van den Bout, J., Van den Hout, M.A., 2003. The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behav. Res. Ther.* 41, 1123–1136.
- Boelen, P.A., Van den Bout, J., Van den Hout, M.A., 2006a. Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behav. Res. Ther.* 44, 1657–1672.
- Boelen, P.A., Van den Hout, M.A., Van den Bout, J., 2006b. A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clin. Psychol.-Sci. Pr.* 13, 109–128.
- Boelen, P.A., Van den Hout, M.A., 2008. The role of threatening misinterpretations and avoidance in emotional problems after loss. *Behav. Cogn. Psychother.* 36, 71–87.
- Brown, B., 2006. Shame resilience theory: a grounded theory study on women and shame. *Fam. Soc.* 87, 43–52.
- Byrne, G.J., Raphael, B., 1997. The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 12, 241–251.
- Cerel, J., McIntosh, J.L., Neimeyer, R.A., Maple, M., Marshall, D., 2014. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide Life Threat. Behav.* 44 (6), 591–600. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12093>.
- Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R., van de Venne, J., 2013. Exposure to suicide and identification as survivor. Results from a random-digit dial survey. *Crisis* 34 (6), 413–419. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000220>.
- Cerel, J., Jordan, J.R., Duberstein, P.R., 2008. The impact of suicide on the family. *Crisis* 29 (1), 38–44.
- Cleiren, M., Dijkstra, R.F., 1995. After the loss: bereavement after suicide and other types

- of death. In: Mishara, B. (Ed.), *The Impact of Suicide*. Springer, New York, pp. 7–39.
- Cleiren, M., 1993. Bereavement and Adaptation: A comparative Study of the Aftermath of Death. Hemisphere, Washington, DC.
- Cvinar, J.G., 2005. **Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature.** *Perspect. Psychiatr. Care* 41, 14–21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>.
- Duncan, C., Cacciatore, J., 2015. A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt, and shame. *Omega (Westport)* 71, 312–342.
- Eisma, M.C., Stroebe, M.S., Schut, H.A., Van Den Bout, J., Boelen, P.A., Stroebe, W., 2014. Development and psychometric evaluation of the Utrecht Grief Rumination Scale. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 36, 165–176.
- Folkman, S., 2001. Revised coping theory and the process of bereavement. In: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., Schut, H. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. APA, Washington, DC, pp. 563–584.
- Forstmeier, S., Maercker, A., 2007. Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *J. Affect. Dis.* 99, 203–211.
- Gamino, L.A., Sewell, K.W., Easterling, L.W., 2000. Scott and White grief study. Phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Stud* 24, 633–660.
- Hazzard, A., Weston, J., Gutteres, C., 1992. After a child's death: factors related to parental bereavement. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 13, 24–30.
- Hervás, G., Vázquez, C., 2011. What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion* 11, 881–895.
- Hervás, G., Vázquez, C., 2006. Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ans. Estrés* 12, 279–292.
- Ito, T., Tomita, T., Hasui, C., Otsuka, A., Katayama, Y., Kawamura, Y., et al., 2003. The link between response styles and major depression and anxiety disorders after child-loss. *Compr. Psychiatry* 44, 396–403.
- Joomann, J., Levens, S.M., Gotlib, I.H., 2011. Sticky thoughts: depression and rumination are associated with difficulties manipulating emotional material in working memory. *Psychol. Sci.* 22, 979–983.
- Jordan, J.R., 2017. **Postvention is prevention. The case for suicide postvention.** *Death Stud.* <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>.
- Jordan, J.R., 2001. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat. Behav.* 31 (1), 91–102.
- Jordan, J.R., Kraus, D.R., Ware, E.S., 1993. Observations on loss and family development. *Fam. Process* 32 (4), 425–440.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B., 2011. **Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample.** *J. Affect. Dis.* 131 (1), 339–343. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>.
- Kissane, D.W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D.P., O'Neill, I., 2006. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am. J. Psychiatry* 163, 1208–1218.
- Kuo, C.J., Tang, H.S., Tsay, C.J., Lin, S.K., Hu, W.H., Chen, C.C., 2003. Prevalence of psychiatric disorders among bereaved survivors of a disastrous earthquake in Taiwan. *Psychiatr. Serv.* 54, 249–251.
- Lehman, D.R., Wortman, C.B., Williams, A.F., 1987. Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J. Pers. Soc. Psychol.* 52, 218.
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C.L., Chow, A.Y., 2015. **The Bereavement Guilt Scale: development and preliminary validation.** *Omega (Westport)* 0030222815612309. <http://dx.doi.org/10.1177/0030222815612309>.
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C.L., Chow, A.Y., 2014. Guilt in bereavement: a review and conceptual framework. *Death Stud* 38, 165–171.
- Li, J., 2012. Bereavement guilt in Chinese adult children: the conceptualization, measurement, risk factors and association with grief outcomes. (Thesis). University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong SAR.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., 2004. The consequences of dysphoric rumination. In: Papageorgiou, C., Wells, A. (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment*. Wiley, New York, pp. 21–42.
- Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., Jordan, J., 2017. **Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence.** *Suicide Life Threat. Behav.* 47 (4), 461–474. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12308>.
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., Minichiello, V., 2010. Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health Soc. Care Community* 18 (3), 241–248.
- Martikainen, P., Valkonen, T., 1996. Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *J. Epidemiol. Community Health* 50, 264–268.
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F., Brent, D., 2004. Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *J. Loss Trauma* 9, 21–34.
- Michl, L.C., McLaughlin, K.A., Shepherd, K., Nolen-Hoeksema, S., 2013. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J. Abnorm. Child Psychol.* 41, 339–352.
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P., Martinek, N., 1998. A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 32, 235–241.
- Miles, M.S., Demi, A.S., 1992. A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. *Omega* 24, 203–215.
- Muñiz, J., Elosua, P., Hambleton, R.K., 2013. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* 25, 151–157.
- Murphy, S.A., Lohan, J., Braun, T., Johnson, L.C., Cain, K.C., Beaton, R.D., Baugher, R., 1999. Parents' health, health care utilization, and health behaviors following the violent deaths of their 12-to-28-year-old children: a prospective longitudinal analysis. *Death Stud* 23, 589–616.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S., 2008. Rethinking rumination. *Perspect. Psychol. Sci.* 3, 400–424.
- Pfeffer, C.R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., Metsch, M., 2002. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41, 505–513.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., Erlangsen, A., 2014. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet* 1, 86–94.
- Preacher, K.J., Hayes, A.F., 2004. **SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models.** *Behav. Res. Methods* 36 (4), 717–731. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03206553>.
- Rando, T.A., 1993. *Treatment of Complicated Mourning*. Research Press, Champaign, IL.
- Reed, M.D., Greenwald, J.V., 1991. Survivor-victim status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide Life Threat. Behav.* 21, 385–401.
- Sanders, C.M., 1980. A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega (Westport)* 10, 303–322.
- Shear, K., Zisook, S., 2014. Suicide-related bereavement and grief. In: Koslow, S.H., Ruiz, P., Nemeroff, C.B. (Eds.), *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 66–73.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., Sillowash, R., 2007. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 257, 453–461.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., Reynolds, C.F., 2005. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293, 2601–2608.
- Silverman, E., Range, L., Overholser, J., 1995. Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *Omega* 30, 41–51.
- Sirki, K., Saarinen-Pihkala, U.M., Hovi, L., 2000. Coping of parents and siblings with the death of a child with cancer: death after terminal care compared with death during active anticancer therapy. *Acta Paediatr.* 89, 717–721 (Oslo, Norway: 1992).
- Spasojević, J., Alloy, L.B., 2001. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion* 1, 25.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., Li, J., 2014. Guilt in bereavement: the role of self-blame and regret in coping with loss. *PLoS One* 9, e96606.
- Stroebe, M., Boelen, P.A., Van den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., Van den Bout, J., 2007a. Ruminative coping as avoidance: a reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 257, 462–472.
- Stroebe, W., Schut, H., 2001. Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., Schut, H. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. APA, Washington DC, pp. 349–371.
- Sveen, C.A., Walby, F.A., 2008. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat. Behav.* 38 (1), 13–29.
- Tal, L., Mauro, C., Reynolds III, C.F., Shear, M.K., Simon, N., Lebowitz, B., et al., 2017. Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Stud.* 41, 267–275.
- Tangney, J.P., Stuewig, J., Mashek, D.J., 2007. Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.* 58, 345–372.
- Tangney, J.P., Salovey, P., 1999. Problematic social emotions: shame, guilt, jealousy and envy. In: Kowalski, R.M., Leary, M.R. (Eds.), *The Social Psychology of Emotional and Behavioral Problems*. APA, Washington, DC, pp. 167–196.
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Van den Bout, J., 2010. Mediating processes in bereavement: the role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Soc. Sci. Med.* 71, 1669–1676.
- Weinberg, N., 1994. Self-blame, other blame, and desire for revenge: factors in recovery from bereavement. *Death Stud* 18, 583–593.
- Zetsche, U., D'Avanzato, C., Joomann, J., 2012. Depression and rumination: relation to components of inhibition. *Cogn. Emo.* 26, 758–767.
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M.K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., et al., 2015. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *J. Affect. Dis.* 170, 15–21.

# Cause of Death and Guilt in Bereavement: The Role of Emotional Regulation and Kinship

Dulce Camacho <sup>1\*</sup> Miguel Á. Pérez-Nieto <sup>2</sup> Fernando Gordillo <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Director of Alaia Association, Clinical Psychologist, Madrid, Spain;

<sup>2</sup>Department of Psychology, Camilo José Cela University, Madrid, Spain

\*CONTACT Dulce Camacho [dulcecamacho@alaia-duelo.com](mailto:dulcecamacho@alaia-duelo.com) Director of Alaia Association, Clinical Psychologist, C/Fernández de los Ríos, 87, 3 Izda, Madrid, 28015, Spain.AQ2

---

## ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the role that emotional regulation and kinship play in the relationship between cause of death and guilt. The sample consisted of 91 people that had suffered the loss of a loved one to illness, suicide, or accident. The results show that suicide was the variable with the greatest impact on levels of guilt during bereavement, and that those people losing a child to suicide experienced more difficulties in terms of emotional regulation than those that had lost another family member, with this finding being useful for the design of intervention programs.

---

**KEYWORDS** Bereavement; guilt; emotional regulation; suicide; kinship

The death of a family member triggers a bereavement process that involves different variables that could contribute to the persistence of complicated feelings. One of these variables is cause of death, which has been considered one of the risk factors of complicated grief. Complicated grief affects 9.8% of the adult nonpsychiatric population (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017), while this percentage rises sharply among those people that have lost a loved one to a violent cause of death. For example, people grieving over a suicide record a 78% rate of complicated grief (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003). Several studies have shown that the loss of a loved one to an unexpected death is linked to a more severe bereavement reaction than in the case of an expected death (Miyabayashi & Yasuda, 2007; Shah et al., 2013).

Guilt is one of the most common feelings in the bereavement process following the loss of a loved one (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). It has been defined (Li, Stroebe, Chan, & Chow, 2014) as an emotional reaction of regret or remorse following the loss of a loved one, in which the individual admits to having failed or not lived up to their own personal standards and expectations regarding the deceased and their cause of death. Guilt is also very present in depression, but whereas in this latter complaint it is general guilt, in bereavement it is specifically linked to the death and the deceased (Jordan & Litz, 2014).

Cause of death is considered one of the risk factors for increased levels of guilt (Stroebe & Schut, 2001). Although a recent review of the literature on guilt in grieving people has found that the rate of this feeling varied significantly (Stroebe et al., 2014), several studies have found that a nonnatural death increases the risk of experiencing intense guilt (Gamino, Sewell, & Easterling, 2000; Li, 2012; Rando, 1993; Weinberg, 1995). In addition, sundry studies have found that levels of guilt correlated with posttraumatic stress disorder (PTSD), depression, and prolonged grief disorder (PGD) among people that suffer the loss of a loved one in a catastrophe (Kuo et al., 2003), and among adolescents affected by the suicide of someone close to them (Melhem et al., 2004). Along these same lines, the findings of a more recent study (Bell, Stanley, Mallon, & Manthorpe, 2012) suggest that guilt is more present in bereavement due to a suicide than in other kinds of grief. A recent study likewise found that people grieving over the loss of a loved one to suicide experience higher levels of guilt than people grieving over other causes of death (Camacho, Pérez Nieto, & Gordillo, 2016), supporting the findings of another study that analyzes the differences between people grieving over a suicide, accident or murder, and natural causes, finding that the first of these tend to feel more guilt than in the other two cases (Tal et al., 2017). The fact that death by suicide is widely considered to be an avoidable death, and has social stigma associated with it, would explain why people that have suffered the suicide of a loved one experience more feelings of guilt than in other kinds of death, as they think they could have prevented or avoided that outcome (Gómez, 2007).

Another one of the factors associated with maladaptive disorders following the loss of a loved one is difficulty in emotional regulation (Gupta & Bonanno, 2011). Due to the intense emotional reactions that characterize the bereavement process, amongst which are sadness, guilt, and repetitive thoughts, the inability or difficulty to properly control these emotions might be considered one of the factors that lead to the development or persistence of complications in the bereavement process (Bonanno, 2009; Bonanno, Goorin, & Coifman, 2008).

Emotional regulation has been defined as the conscious or unconscious effort to influence the likelihood of an emotion's appearance, intensity, and duration (Gross, 1998). The control of emotion is the process through which individuals influence their emotions, when they have them, and how they experience and express them (Rottenberg & Gross, 2006). Gratz and Roemer (2004) have extended this idea by considering the necessary components for effective emotional control, which include the awareness and acceptance of emotions, the ability to change emotions according to the purpose in hand, and the ability to regulate the response to negative emotions.

The deficits in emotional regulation appear to be of relevance to the development and persistence of several forms of psychopathology. Numerous studies have found that shortcomings in the ability to properly handle negative emotions are related to depression (Compare, Zarbo, Shonin, Van Gordon, & Marconi, 2014; Joormann & Stanton, 2016), anxiety (Cisler & Olatunji, 2012), borderline personality disorder, and disorders caused by substance abuse, eating disorders, and other psychopathological disorders (Berking & Wupperman, 2012).

Within the specific context of bereavement, Bonanno and Kaltman (1999) have concluded that the regulation of intense emotional reactions following a loss, which include sadness, guilt, and anger, among others, helps to maintain high levels of everyday functioning and contribute to healthy retrospective reassessments of the loss. By contrast, difficulty in controlling these emotions may lead to the development and persistence of complicated grief. For example, an experimental study involving 65 widows and widowers has revealed that people with complicated grief record less emotional expression than their counterparts without complicated grief (Diminich & Bonanno, 2014). Another quasi-experimental study conducted with 47 participants has suggested that the subjective experience of emotion and emotional psychopathology differs between people with and without complicated grief, whereas the recognition of the emotion does not vary between the two groups as an unpleasant subjective experience (Fernández-Alcántara et al., 2016).

Another experimental study (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, & Coifman, 2004) has used a sample of 101 students to find that the ability to modulate painful emotions, and not simply express them, is linked to a more favorable adjustment to the loss.

As regards kinship with the deceased, recent studies have noted that kinship is one of the main factors in the prediction of complicated grief (Fernández-Alcántara & Zech, *in press*). Accordingly, several studies conclude that the death of a son or daughter triggers more, and more intense, bereavement reactions than the death of a partner or parent. For example, a longitudinal study involving 120 participants (Middleton, Raphael, Burnett, & Martinek, 1998) has used a bereavement questionnaire on four moments in the first 13 months following the loss. Its results show that those people suffering the loss of a child experience more intense bereavement reactions than in the loss of a partner or parent. Other studies have shown that the loss of a child unleashes bereavement reactions that last longer than when the loss involves a partner, parent, or sibling (Cleiren, 1991; Leahy, 1993; Sanders, 1980). In a more recent study involving a sample of 2,520 grieving individuals, the findings show that the subgroup of people that have lost a son or daughter records the highest rate of complicated grief (23.6%), compared to those that have lost their partner, a parent, or a sibling (Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011).

Following a review of the literature on cause of death as one of the risk factors in the bereavement process that may influence the levels of guilt experienced by grieving individuals, as well as the impact of the kinship relationship with the deceased and the emotional regulation of the adjustment to the loss, and bearing in mind that as far as we know the research studies on emotional regulation in bereavement are largely experimental or quasi-experimental, the aim here has been to analyze the role that emotional regulation and kinship play in the relationship between guilt and cause of death.

The following working hypotheses have been formulated:

Hypothesis 1: People suffering the loss of a loved one to suicide experience higher levels of guilt than when the loss has been to illness or accident, considering that it is seen socially as an avoidable death, and is therefore more likely to generate greater feelings of guilt in the bereaved than other causes of death.

Hypothesis 2: Emotional regulation will play a mediating role in the relationship between cause of death and guilt, with higher levels of guilt to be expected when there are greater difficulties in emotional regulation. Considering that the regulation of emotional responses to feelings of guilt is one of the features of long-term mood disorders (Ghatavi, Nicolson, MacDonald, Osher, & Levitt, 2002), one might posit that the problems for controlling emotions in bereavement, especially complicated ones such as guilt, may hinder the proper development of those emotions.

Hypothesis 3: The loss of a loved one to suicide will hinder the emotional regulation of guilt, but only when the deceased is a son or daughter, insofar as parents perceive the loss of a son or daughter to be a failure of their protective role.

## Method

### Participants

The sample in this study consisted of 91 grieving individuals recruited through an association that supports bereaved people in Madrid, to which they had turned for information and counseling. The participants' ages ranged between 18 and 81 ( $M = 49.2$ ,  $SD = 13.3$ ); 72.5% were women. Among the participants in the study, 51 (56%) had lost a child, 21 (23.1%) a parent, 9 (9.9%) a partner, and 10 (11%) had lost a sibling. As regards the circumstances of the death, 62 participants had lost a loved one to illness, 17 to suicide, and in 12 cases the death was due to an accident (e.g., road, in the home). The time elapsed since the loss ranged between two months and four years.

The inclusion criteria for the sample were to be of legal age and have lost a loved one at least 30 days before taking part in the study, with the exclusion criterion being a serious psychological disorder. The study complied with the research guidelines in psychology, and was approved by the Research Ethics Committee at Camilo José Cela University. Firstly, potential participants were briefed on the study's purpose, and were told that their involvement would be voluntary and anonymous, and that they were free to withdraw at any time. They were not offered any incentives to take part in the study. All the participants were then asked to answer the questionnaires after reading and accepting the informed consent protocol. The participants answered the questionnaires on demographic data and the scales in the association, and they were offered the opportunity to receive support from a therapist if they so required. Given that the cohort in this case involves vulnerable people, the priority was always to care for them over and above the need for data gathering.

### Measures

The information on the cause of death, which was used as an independent variable in an ex post facto design of a prospective nature, was gathered through a questionnaire on the circumstances of the death: illness, suicide, or accident.

Guilt in bereavement was measured using the Bereavement Guilt Scale (BGS). The BGS (Li, Stroebe, Chan, & Chow, 2015) is a bespoke scale designed to measure guilt in bereavement. It has 14 items, with a 5-point Likert-type scale, and consists of five factors: "responsibility toward the death" (three items), "hurting the deceased" (three items), "survivor guilt" (three items), "indebtedness guilt" (three items), and "guilt feelings" (two items). The range of possible scores is 14 to 70. In order to translate the scale into Spanish, we have followed the guidelines provided by the International Test Commission (Muñiz et al., 2013), which has involved a translation from English into Spanish and back again. The BGS had good internal consistency, with a reliability index of 0.70, for a sample of 1,079 grieving individuals (Li et al., 2015). The sample used here recorded a highly satisfactory level of internal consistency ( $\alpha = .92$ ).

Emotion regulation was measured using the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), which evaluates various aspects of emotional regulation through 36 items using a 5-point Likert scale. According to its authors, the DERS consists of six factors: impulse control difficulties (six items), limited access to emotion regulation strategies (eight items), nonacceptance of emotional responses (six items), difficulties engaging in goal-directed behavior (five items), lack of emotional awareness (six items), and lack of emotional clarity (five items). The possible scores range from 36 to 175. The DERS had high internal consistency ( $\alpha = .93$ ), good test-retest reliability over a period of four to eight weeks ( $\rho = .88$ ,  $p < .01$ ) and suitable predictive and criterion validity in a sample of 357 participants (Gratz & Roemer, 2004). In the sample used here, the DERS recorded satisfactory internal consistency ( $\alpha = .73$ ).

## Analysis plan

The analysis of the data in this study has involved grouping the relationship of kinship into four categories: child, parent, partner, and sibling. Three groups were formed for the independent variable cause of death: illness, suicide, and accident.

SPSS version 22 was used for the analyses, which were conducted as follows: descriptive analyses and analysis of variance, to check whether the former are confirmed; analysis of mediation using the bootstrapping procedure, and transforming the category into dummy variables for verifying the second hypothesis; the third hypothesis was then verified using a moderated mediation analysis, including kinship as a moderating variable, emotional regulation as a mediating variable, and suicide as the cause of death as the independent variable. Guilt was the dependent variable.

## Results

To verify the first hypothesis, that is, people suffering the loss of a loved one to suicide experience higher levels of guilt than when the loss has been to illness or accident, the first step involved a descriptive analysis of the scale measuring guilt (BGS) in relation to the levels of the factor cause of death. The results are shown in Table 1.

Table 1. Descriptive analysis of the variable guilt, according to the cause of death. Table Layout

Cause of death	<i>n</i>	<i>N</i>	Guilt
Illness	62	31.89 (12.44)	
Suicide	17	46.29 (14.82)	
Accident	12	36.42 (12.24)	

Note: Standard deviations are shown in brackets.

The highest score corresponds to death by suicide, followed by death by accident. Both scores are above the scale's mean for guilt (maximum score = 70).

An analysis of covariance was then conducted to compare the means of the dependent variable guilt among the groups of the independent variable cause of death, including age, gender, and time elapsed since the time of death as covariables for controlling for its effect. The results were significant regarding the impact of cause of death on guilt ( $F_{(2,85)} = 9.12$ ,  $p < .0001$ ,  $\eta^2 = .18$ ). The results of the covariables, however, were not significant: age ( $F_{(1,85)} = .64$ ,  $p > .05$ ), gender ( $F_{(1,85)} = 2.87$ ,  $p > .05$ ) and time elapsed since the death ( $F_{(1,85)} = 2.02$ ,  $p > .05$ ).

These results enable us to accept the first hypothesis: levels of guilt are higher among people that have lost a loved one to suicide.

A mediating analysis was conducted to verify the second hypothesis, whereby emotional regulation will play a mediating role in the relationship between cause of death and guilt, with higher levels of guilt to be expected when there are greater difficulties in emotional regulation. Considering that we had a small sample, we used the nonparametric bootstrapping procedure with 5,000 iterations to estimate 95% confidence intervals and check the mediating effect of emotional regulation. This method provides reliable and valid conclusions when the sample is not a large one and, therefore, when there is no assumption of normality (Preacher & Hayes, 2004). The bootstrapping procedure determines whether the indirect effect of the mediating variable includes the value 0. If the indirect effect's confidence interval does not include zero, then the indirect effect is significant, and it may therefore be affirmed that there is mediation. This involved the use of the SPSS macro provided by Preacher and Hayes (2004). To perform this analysis, the categorical variable cause of death was transformed into a dummy variable. The results of the simple mediation analysis with regulation as the mediating covariable reveal that the indirect effect of cause of death on guilt through the emotional regulation mediator, controlling for the effect of three covariables (age, gender, and time elapsed), is not significant because it includes the value 0 in all the independent variable's categories ( $B_{suicide} = -.317$ ,  $SE = 1.112$ , 95% CI = [-2.795, 1.708],  $A_{accidents} = -.611$ ,  $SE = 1.743$ , 95% CI = [-4.943, 2.219]), as regards the cause of death due to illness taken as a reference. Of the three covariables introduced, none had a significant influence on the relationship between cause of death and guilt through emotional regulation. It is therefore concluded that hypothesis 2 cannot be

accepted, meaning that difficulties in emotional regulation do not mediate the relationship between cause of death and guilt.

Finally, a moderated mediation analysis was conducted using the bootstrapping procedure to verify the third hypothesis, that is, the loss of a loved one to suicide will hinder the emotional regulation of guilt, but only when the deceased is a son or daughter. Kinship was included as the moderating variable, with the coding for child = .5 and other kinship (parent, partner, or sibling) = -.5. Emotional regulation was included as mediating variable, with suicide as the cause of death as independent variable. Guilt was the dependent variable.

The results (Table 2) show that the conditional indirect effect of suicide as the cause of death on guilt through levels of emotional regulation is statistically significant for people that have suffered the loss of a parent, partner, or sibling because it does not include the value 0. Nevertheless, it is not significant for people that have lost a son or daughter. It may therefore be concluded that the indirect effect is moderated by kinship when the loss involves a family member other than a son or daughter. This means that people suffering the loss of a parent, partner, or sibling to suicide experience fewer difficulties of emotional regulation regarding guilt, while those that have lost a son or daughter to suicide will find it more difficult to control such emotions. These results enable us to accept the third hypothesis.

Table 2. Moderated mediation analysis by bootstrapping. Conditional indirect effect of suicide on guilt through emotional regulation at values of kinship. Table Layout

Mediator	Kinship	Bootstrap estimate of conditional indirect effect	SE	Bias corrected and accelerated, 95% confidence intervals	
				Lower bound	Upper bound
Emotional regulation	Child	.86	1.25	-1.439	3.629
	No child	-3.41	1.71	-7.482	-.543

Note: Based on 5,000 bootstrap samples.

## Discussion

The purpose of this study was to analyze the role of emotional regulation and kinship in the relationship between guilt and cause of death. The first step involved studying the effect that the cause of death (illness, accident, and suicide) had on guilt in bereavement. The data recorded a higher score for guilt when the loss was due to suicide compared to the other groups of cause of death, after controlling for the variables age, gender, and time elapsed since the death. These findings enable us to accept the first hypothesis, that is, people suffering the loss of a loved one to suicide experience higher levels of guilt than when the loss has been to illness or accident. As noted in the introduction, guilt is one of the more prominent feelings in bereavement following a suicide, due to the feeling among survivors that they should have been aware of their loved ones' suffering and stopped them from taking their own life. These results support the conclusions reached by several studies that have found that a nonnatural death increases the risk of experiencing intense guilt (Gamino et al., 2000; Rando, 1993; Weinberg, 1995), as well as the conclusions in the study by Li (2012), according to which guilt levels are lower among people that have lost a loved one to a natural death compared to those that have done so to a nonnatural one. Furthermore, our research results are consistent with those in two recent studies, whose conclusions reveal higher levels of guilt in cases of bereavement due to suicide than in other types of bereavement (Camacho et al., 2016; Tal et al., 2017).

Our results, nevertheless, do not permit us to accept the second hypothesis: Difficulties in emotional regulation do not mediate the relationship between cause of death and guilt. Although we might well consider that the problems for controlling emotions in bereavement might hinder their proper development, considering that the regulation of emotional responses to guilt is one of the aspects involved in long-term mood disorders (Ghatavi et al., 2002), our results here do not support that hypothesis. A possible explanation for these findings, as Znoj (2006) suggests, might be that the ability to better cope with upsetting feelings may be directly related to the intensity of emotions. According to this author, the process of habituation provides an explanation: As life continues with its daily obligations and activities, grieving individuals may become accustomed to their emotional states and learn to tolerate painful emotional situations better than people that have not suffered a loss. Likewise, Znoj (2006) reports that, on a neurophysiological level, the prefrontal cortex seems to play a key role in the handling and modulation of the emotional response. In order to integrate the intense

feelings triggered by the loss of a loved one, the cortical control for emotional regulation may be stimulated, thereby increasing the ability for emotional regulation (Znoj, 2006).

Finally, the data obtained enable us to accept the third hypothesis; in other words, the loss of a loved one to suicide will hinder the emotional regulation of guilt, but only when the deceased is a son or daughter. The results show that people suffering the loss of a parent, partner, or sibling to suicide experience fewer difficulties in the emotional regulation of guilt compared to those that have suffered the loss of a son or daughter. As noted earlier, the loss of a child is one of the most difficult situations to cope with, as it goes against the natural order and because it is often perceived as a failure of the protective role parents are meant to play, and this is especially so in the case of death by suicide. In these cases, when someone has suffered the loss of a son or daughter to suicide, it seems that feelings of guilt may become so overwhelming that they hinder the emotional regulation for dealing with them and adjusting to them. These findings are consistent with those reported in a recent study involving a sample of 345 participants whose purpose was to analyze the severity of the symptoms of complicated grief among people that had lost a son or daughter and those that had lost another family member (Zetumer et al., 2015), whereby those people that have lost a child experience more intense reactions of complicated grief, higher levels of guilt, and more frequent suicidal thoughts than in the case of the loss of another family member. Another prior study (Cleiren, 1991) has reported similar findings.

Our study's results confirm that people suffering the loss of a son or daughter constitute a group at risk of a process of complicated grief, more so when the loss of the child has been due to suicide, which should be taken into consideration in the design of an intervention program. Our findings further extend the information on emotional states and coping with them in bereavement with a view to treating people in this situation, where one of the aims should be tackling feelings of guilt. As Charmaz and Mulligan (2006) report, bereavement is characterized by a series of emotions, some of which, like guilt, may be very difficult to address.

This study has certain limitations that render its results difficult to generalize, which means they should be interpreted with some caution. Firstly, we used a small sample. Furthermore, although the subgroup of people that had lost a child was very uniform regarding the causes of death, the general sample was very heterogenous regarding the relationship of kinship with the deceased: child, partner, parent, and sibling. There is therefore a need for bigger and more homogenous samples. Secondly, the sample was not balanced in terms of gender, with a higher percentage of women, albeit similar to other studies conducted with this population (Miyabayashi & Yasuda, 2007; Van der Houwen, Stroebe, Schut, Stroebe, & Van den Bout, 2010; Zetumer et al., 2015). This gender imbalance should be taken into account, although it does not stop us from comparing the groups because no differences were found between the sexes.

## Notes on contributors

**Dulce Camacho** MS, is a clinical psychologist who specializes in processes of grief and loss. He is the director of Alaia Association, whose mission is to give support and advice to people who have lost a loved one, especially suicide survivors. His degree is in research in emotion, cognition, and health.

**Miguel Á. Pérez-Nieto** is an associate professor of psychology at Camilo José Cela University (UCJC). He was dean of the Health Faculty and is now dean of the School of Education in UCJC. His research interests include the relationships between cognition and emotion in different applied contexts.

**Fernando Gordillo** is an associate professor of psychology at Camilo José Cela University. His research interests include emotion, memory, and decision making.

## References

- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., & Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: Examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Illness, Crisis & Loss*, *20* (1), 49–68. doi:10.2190/IL.20.1.e
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, *25* (2), 128–134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. New York: Basic Books.

- Bonanno, G. A., Goorin, L., & Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotion* (3rd ed., pp. 797–810). New York: Guilford Press.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrated perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, **125** (6), 760–776. doi:10.1037/0033-2909.125.6.760
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. A. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, **15** (7), 482–487. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x
- Camacho, D., Pérez Nieto, M. Á., & Gordillo, F. (2016). Guilt and Bereavement: Effect of the cause of death, and measuring instruments. *Illness, Crisis & Loss*, **0** (0), 1–15. doi:10.1177/1054137316686688
- Charmaz, K., & Mulligan, M. J. (2006). Grief. In J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotions* (pp. 516–543). New York, NY: Springer. Available at <http://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-30715-2/page/1>
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, **14** (3), 182–187. doi:10.1007/s11920-012-0262-2
- Cleiren, M. P. (1991). *Adaptation after bereavement: A comparative study of the aftermath of death from suicide, traffic accident, and illness for next of kin*. Leiden, Netherlands: DSWO Press.
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, **2014**, 1. ID 324374. doi:10.1155/2014/324374
- Diminich, E. D., & Bonanno, G. A. (2014). Faces, feelings, words: Divergence across channels of emotional responding in complicated grief. *Journal of Abnormal Psychology*, **123** (2), 350–361. doi:10.1037/a0036398
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, **27** (2), 143–165. doi:10.1080/07481180302892
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., & Turnbull, O. H. (2016). Assessment of emotional experience and emotional recognition in complicated grief. *Frontiers in Psychology*, **7**, 126. doi:10.3389/fpsyg.2016.00126
- Fernández-Alcántara, M., & Zech, E. (in press). One or multiple complicated grief(s)? The role of kinship on grief reactions. *Clinical Psychological Science*, doi:10.1177/2167702617707291AQ3
- Gamino, L. A., Sewell, K. W., & Easterling, L. W. (2000). Scott and White grief study. Phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, **24** (7), 633–660. doi:10.1080/07481180050132820
- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S., & Levitt, A. (2002). Defining guilt in depression: A comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, **68** (2-3), 307–315. doi:10.1016/S0165-0327(01)00335-4
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto*. Madrid: Ediciones Arán.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **26** (1), 41–54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, **2** (3), 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, **120** (3), 635–643. doi:10.1037/a0023541
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, **86**, 35–49. doi:10.1016/j.brat.2016.07.007
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, **45** (3), 180. doi:10.1037/a0036836

- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, **131** (1-3), 339–343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kuo, C. J., Tang, H. S., Tsay, C. J., Lin, S. K., Hu, W. H., & Chen, C. C. (2003). Prevalence of psychiatric disorders among bereaved survivors of a disastrous earthquake in Taiwan. *Psychiatric Services*, **54** (2), 249–251. doi:10.1176/appi.ps.54.2.249
- Leahy, J. M. (1993). A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent. *Omega - Journal of Death and Dying*, **26** (3), 207–217. doi:10.2190/YLG9-P4R7-W2VW-KAFR
- Li, J. (2012). Bereavement guilt in Chinese adult children: The conceptualization, measurement, risk factors and association with grief outcomes. University of Hong Kong. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.5353/th\\_b4979917](http://dx.doi.org/10.5353/th_b4979917)
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, **38** (3), 165–171. doi:10.1080/07481187.2012.738770
- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2015). The bereavement guilt scale development and preliminary validation. *Omega: Journal of Death and Dying*, **0** (0), 1–18. doi:10.1177/0030222815612309
- 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. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma*, **9** (1), 21–34. doi:10.1080/1532502490255287
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **32** (2), 235–241. doi:10.3109/00048679809062734
- Miyabayashi, S., & Yasuda, J. (2007). Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **61** (5), 502–508. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01699.x
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, **25** (2), 151–157. doi:10.7334/psicothema2013.24
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, **36** (4), 717–731. doi:10.3758/BF03206553
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2006). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **10** (2), 227–232. doi:10.1093/clipsy.bpg012
- Sanders, C. M. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega - Journal of Death and Dying*, **10** (4), 303–322. doi:10.2190/X565-HW49-CHR0-FYB4
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C. R., & Cook, D. G. (2013). The effect of unexpected bereavement on mortality in older couples. *American Journal of Public Health*, **103** (6), 1140–1145. doi:10.2105/AJPH.2012.301050
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, S. Wolfgang, & S. Henk (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 349–371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, **370** (9603), 1960–1973. doi:10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Stroebe, M., Stroebe, W., Van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: the role of self-blame and regret in coping with loss. *PLoS One*, **9** (5), e96606. doi:10.1371/journal.pone.0096606

- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., ... Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, **41** (5), 267–275. doi:10.1080/07481187.2016.1265028
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, **71** (9), 1669–1676. doi:10.1016/j.socscimed.2010.06.047
- Weinberg, N. (1995). Does apologizing help? The role of self-blame and making amends in recovery from bereavement. *Health & Social Work*, **20** (4), 294–299. doi:10.1093/hsw/20.4.294
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., ... Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, **170**, 15–21. doi:10.1016/j.jad.2014.08.021
- Znoj, H. (2006). Bereavement and posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 176–196). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.