

**Máster universitario en Psicología General Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

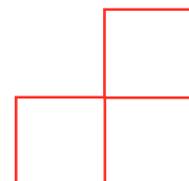
**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES  
PSICOLÓGICAS PARA DUELO COMPLICADO  
EN SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO DE  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UNA REVISIÓN  
SISTEMÁTICA**

Alumna: Paula Calvo Manzano

Tutora: Soledad Quero Castellano

Curso Académico: 2022/2023

Convocatoria: Ordinaria



**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo fue examinar el efecto de las intervenciones psicológicas dirigidas específicamente al tratamiento del Duelo Prolongado en sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) cuando hay comorbilidad entre ambos diagnósticos.

**Método:** La revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las pautas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Se realizó una búsqueda sistemática en diciembre de 2022 en las siguientes bases de datos para identificar ensayos controlados aleatorizados (ECAs): PubMed, SCOPUS y Web of Science. Los estudios debían contener al menos medidas cuantitativas de los efectos del tratamiento sobre la sintomatología traumática comórbida al duelo.

**Resultados:** De 530 estudios encontrados inicialmente, 10 cumplieron con los criterios de elegibilidad de nuestro estudio. De los estudios seleccionados, seis llevaron a cabo el tratamiento de forma remota, a través de internet, y, cuatro emplearon el formato presencial para la intervención. En ambas modalidades (internet y presencial) se obtuvieron mejorías significativas de los síntomas, aunque destacan las intervenciones realizadas de forma online.

**Conclusiones:** Esta revisión sistemática encontró que las intervenciones a través de internet parecen más prometedoras en cuanto a efectividad para el tratamiento de síntomas de TEPT cuando éste es comórbido al duelo, ya que, con el formato de aplicación presencial cara a cara no se encontraron resultados significativos en la mayoría de los estudios. Sin embargo, el número de estudios incluidos basados en internet y también en formato presencial es reducido, por lo que es necesario ampliar la investigación al respecto para poder extraer conclusiones más firmes.

**Palabras clave:** Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Duelo Prolongado, Tratamiento Psicológico, Ensayos controlados aleatorizados, Revisión sistemática.

**Objective:** The aim of this study was to examine the effect of psychological interventions specifically aimed at the treatment of Prolonged Grief on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptomatology when there is comorbidity between both diagnoses.

**Method:** The systematic review was carried out following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. A systematic search was conducted in December 2022 in the following databases to identify randomized controlled trials (RCTs): PubMed, SCOPUS and Web of Science. Studies had to contain at least quantitative measures of treatment effects on traumatic symptomatology comorbid to bereavement.

**Results:** Of 530 studies initially found, 10 met the eligibility criteria for our study. Of the selected studies, six carried out the treatment remotely, through the Internet, and four used the face-to-face format for the intervention. Significant symptom improvements were obtained in both modalities (internet and face-to-face), although the interventions carried out online stand out.

**Conclusions:** This systematic review found that internet-based interventions appear more promising in terms of effectiveness for the treatment of PTSD symptoms when PTSD is comorbid

with bereavement, since with face-to-face delivery format no significant results were found in most studies. However, the number of included studies based on the Internet and also in face-to-face format is small, so it is necessary to expand research in this regard in order to withdraw firmer conclusions

**Keywords:** Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Prolonged Grief Disorder (PGD), Psychological treatment, Randomized controlled trial, Systematic Review.

# Índice

1. Introducción y marco teórico .....	1
2. Método.....	3
2.1. Criterios de elegibilidad .....	3
2.2. Fuentes de información y búsqueda .....	3
2.3. Selección de estudios.....	4
2.4. Síntesis de datos .....	4
3. Resultados.....	5
3.1. Resultados de la búsqueda .....	5
3.2. Participantes .....	6
3.3. Características del estudio y diseño.....	7
3.4. Características de la intervención .....	8
3.4.1. Intervenciones a través de Internet.....	8
3.4.2. Intervenciones en formato presencial .....	9
3.5. Síntesis narrativa de los resultados .....	12
4. Discusión .....	14
5. Conclusiones .....	16
6. Referencias bibliográficas .....	17
7. Anexos.....	20
7.1. Anexo 1: Tesauro de palabras clave.....	20

## 1. Introducción y marco teórico

La muerte es un final inevitable y, siendo éste, una forma de finalizar la vida que no siempre se experimenta de la mejor manera posible, es el comienzo de un nuevo periodo en el desarrollo vital de los más allegados al fallecido. El duelo como tal que viven estas personas, es un proceso “normal”, con una evolución en tiempo y sentimientos determinada y adaptativa para que dichas personas puedan seguir con su día a día.

La palabra duelo proviene del latín *dolus*, dolor, y es una respuesta a la pérdida o separación como respuesta normal y natural. Lo que ya no sería considerado como dentro de la normalidad sería la ausencia de respuesta. “Cada persona considera su periodo de duelo a su propio modo” (Nevado y González, 2018, p.26). El duelo, como dicen Nevado y González (2018), se entiende como la sensación de pérdida sin posibilidad de recuperación, como pueden ser fallecimientos, pérdidas de salud, de trabajo...

Distintos autores establecen para este proceso unas fases bien diferenciadas por las que el individuo debe pasar durante dicho duelo. No entra como requisito en estas fases que se siga un orden específico o tener que pasar obligatoriamente por todas ellas, cada uno sigue su propio duelo de manera personal y variable. Küber-Ross (1993) hablaba de cinco reacciones diferenciadas en: negación y aislamiento; ira; pacto; depresión y aceptación. Así como Worden (2013) hablaba de que, para completar el duelo y restablecer el equilibrio personal tras la pérdida, se debían realizar cuatro tareas: aceptación de la pérdida, trabajar a nivel emocional, adaptación a la nueva realidad donde el fallecido está ausente y, por último, encontrar un lugar para el fallecido en la vida psicológica.

Este proceso de duelo no patológico tiene un periodo concreto de duración y, a partir del cual, como se establece tanto en DSM-5 (2014) como en CIE-11 (2018), puede complicarse y ser considerado un trastorno psicológico. Como indican Buck et al. (2020), entre el 10% y 15% de las personas en duelo no se adaptan a su pérdida entre esos 6 a 12 meses de recuperación y experimentan síntomas de duelo agudo durante más tiempo. Inclusive a esos síntomas, las personas que padecen este tipo de duelo presentan, generalmente, “intenso anhelo, añoranza y tristeza; pensamientos y recuerdos frecuentes del difunto; y dificultad para comprender la realidad dolorosa e imaginar un futuro con propósito y significado, con comportamientos complicados de acercamiento y evitación desadaptativos, pensamientos disfuncionales y emociones perturbadoras desreguladoras” (Shear et al., 2014).

El duelo complicado está dentro de la Sección III del DSM-5, esta propuesta de inclusión como trastorno propiamente dicho en el manual se caracteriza por haber “experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana (...), y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo” (DSM-5, 2014, p. 789), así como también posee una especificación de duelo traumático donde se indica que es: “*Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la*

*pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento. (DSM-5, 2014, p.780)."*

Asimismo, este tipo de duelo también forma parte de la nueva clasificación de la CIE 11 (OMS, 2018), como 6B42. *Trastorno por duelo prolongado*, donde se especifica que: *"El trastorno por duelo prolongado es un trastorno en el que, tras la muerte de un compañero, padre, hijo u otra persona cercana al doliente, hay una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto cultural y religioso del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante períodos más largos, aunque dentro de lo que sería un período normativo de duelo de determinado contexto cultural y religioso de la persona, son vistas como respuestas de duelo normal y no se les asigna un diagnóstico. La alteración provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. (CIE-11, 2018, p. 49)."*

En muchas ocasiones la pérdida de un ser querido viene acompañada de un factor traumático y de estrés que, cumpliendo los criterios necesarios, puede desencadenar en un duelo complicado. Este tipo de situación combina el propio trastorno de duelo prolongado (TDP) con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y constituye una problemática que es necesario tratar para así poder ofrecerles a los pacientes las herramientas adecuadas para su superación.

Hemos encontrado en la literatura dos trabajos de revisión que se centran en examinar la eficacia de los tratamientos psicológicos en la sintomatología de duelo prolongado cuando es comórbido con otras psicopatologías como la ansiedad, la depresión o el TEPT. En el primero llevado a cabo por Jones et al. (2021) se investiga la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para manejar la sintomatología de duelo prolongado en cónyuges o parejas de hecho, cuando éste viene acompañado de consecuencias como ansiedad, depresión y TEPT. El segundo estudio de revisión de Fernández-Férez et al. (2021) tenía como objetivo examinar la eficacia de las intervenciones de apoyo realizadas por enfermeras para facilitar el proceso de duelo como consecuencia de la muerte perinatal. Esta revisión incluyó únicamente cuatro artículos y, respecto a las conclusiones, se señaló que dichas intervenciones eran efectivas en sintomatología de depresión, ansiedad, TEPT y duelo solo si se realizaban antes y después de la pérdida perinatal.

Un último estudio de revisión realizado por Bergman et al. (2017) investigó la eficacia de las intervenciones de apoyo en población infantil en duelo por sus padres. Constó de 17 estudios que revelaron la efectividad de intervenciones relativamente breves pueden evitar que los menores desarrollen mayores niveles de duelo traumático o problemas de salud mental.

Cabe señalar que las ya mencionadas revisiones sistemáticas encontradas, si bien no tratan de investigar nuestro objeto de estudio, sí trabajan con características y criterios similares al mismo. De nuestro objeto de estudio no hemos encontrado ninguna revisión que centre en examinar específicamente los efectos de las intervenciones psicológicas para duelo prolongado en la sintomatología postraumática.

Por lo tanto, el objetivo de la presente revisión sistemática es investigar la eficacia de las intervenciones psicológicas centradas en el TDP y síntomas de duelo en la sintomatología de TEPT cuando existe comorbilidad entre ambos diagnósticos.

## 2. Método

Siguiendo las pautas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2019), se expone a continuación el proceso llevado a cabo para la identificación y selección de los estudios que forman parte de esta revisión sistemática.

### 2.1. Criterios de elegibilidad

Para la inclusión de los estudios en la revisión sistemática, tuvimos en cuenta los criterios de inclusión que se detallan a continuación: (1) Estudios controlados aleatorizados (ECAs). (2) Los participantes en el estudio eran niños, adolescentes o adultos que tenían duelo prolongado y síntomas de TEPT. (3) Las intervenciones psicológicas de los estudios estaban centradas en el duelo. (4) Los estudios debían contener al menos una medida pre-post intervención de la sintomatología postraumática.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: (1) Trabajos que fueran estudio de caso, tesis doctoral, conferencia, libro, revisión bibliográfica, revisión sistemática, metaanálisis o cualquier tipo de diseño que no sea un ECA. (2) Participantes exclusivamente con duelo sin sintomatología de TEPT.

Por último, no se incluyó criterio temporal ya que consideramos que limitaría la búsqueda, y, tampoco se limitó el idioma al español ya que el habla inglesa es la lengua en la que se publica la gran mayoría de los artículos científicos.

### 2.2. Fuentes de información y búsqueda

Una vez definidos nuestros criterios de elegibilidad, se llevó a cabo la búsqueda de los artículos en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus y Web of Sciences (WoS).

Se realizó la búsqueda bibliográfica elaborando un tesoro de palabras clave, el mismo para todas las bases de datos, teniendo en cuenta los filtros que interesaban de cada una de esas bases, y teniendo en cuenta los bloques de palabras clave necesarios para realizar la búsqueda correcta. Estas cadenas de búsqueda se dividieron en varios bloques:

(1) Bloque de trastornos, TEPT y duelo (“Post-Traumatic Stress Disorder” OR “Stress Disorder” OR “Post-Traumatic” OR “Post-Traumatic Neuroses” OR “PTSD” OR “Posttraumatic Neuroses” OR “Post-Traumatic Stress Disorders” OR “Post Traumatic Stress Disorders” OR

“Posttraumatic Stress Disorders” OR “Posttraumatic Stress Disorder” OR “Stress Disorders” OR “Post Traumatic Stress Disorder” OR “Delayed Onset Post-Traumatic Stress Disorder” OR “Delayed Onset Post Traumatic Stress Disorder” OR “Chronic Post-Traumatic Stress Disorder” OR “Chronic Post Traumatic Stress Disorder” OR “Acute Post-Traumatic Stress Disorder” OR “Acute Post Traumatic Stress Disorder” AND “PGD” OR “Prolonged Grief Disorder” OR “Prolonged Grief” OR “Grief Disorder” OR “Prolonged Grief Disorders” OR “Grief” OR “Griefs” OR “Mourning” OR “Mournings” OR “Bereavement” OR “Bereavements” OR “Bereaved” OR “Bereavement-related Distress” OR “Complicated Grief” OR “Complicated Griefs”);

(2) Bloque de intervención (“Intervention” OR “Psychosocial” OR “Interventions” OR “Psychosocial Interventions” OR “Psychological Intervention” OR “Psychological” OR “Therapy” OR “Therapeutic” OR “Therapies” OR “Treatment” OR “Treatments” OR “Psychotherapy” OR “Psychotherapies” OR “Self help” OR “Self-help” OR “Counseling” OR “Treating”);

(3) Bloque de diseño del estudio (“Clinical Trials” OR “Clinical Trials” OR “Randomized” OR “Randomised” OR “Controlled Trial” OR “Controlled Trials” OR “Controlled Clinical Trials” OR “Randomized Clinical Trial” OR “Randomized Clinical Trials” OR “Randomised Clinical Trial” OR “Randomised Clinical Trials” OR “Randomized Trial” OR “Randomized Trials” OR “Randomised Trial” OR “Randomised Trials” OR “Randomized Controlled Trial” OR “Randomized Controlled Trials” OR “Randomised Controlled Trial” OR “Randomised Controlled Trials” OR “RCT” OR “Random Allocation”).

Las cadenas de búsqueda completas se incluyen en el [Anexo 1: Tesauro de palabras clave](#).

### **2.3. Selección de estudios**

Tras el uso del tesauro en cada una de las bases de datos, se obtuvo un total de 530 artículos. Una vez recogidos el total de artículos en Mendeley, se procedió a unirlos en un mismo archivo para así poder eliminar los duplicados, revisando títulos, palabras clave y resúmenes de cada uno de los estudios observando con rigurosidad cuáles de ellos podrían cumplir nuestros criterios de inclusión, a través de la página web Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>).

Y, posteriormente, se realizó un segundo cribado que consistía en leer los estudios completos para ver si encajaban o no en nuestros criterios de inclusión y exclusión, mediante lectura completa del artículo y estudio. Las dudas se resolvieron con la tutora del presente Trabajo Final de Máster.

### **2.4. Síntesis de datos**

Tras la realización de los pasos anteriores, se procedió a extraer los datos requeridos para nuestra revisión y se unificaron en un archivo Excel para facilitar el manejo de datos donde se recogió el diseño, la muestra, las características de la intervención y el efecto del tratamiento sobre la sintomatología de TEPT.

### 3. Resultados

#### 3.1. Resultados de la búsqueda

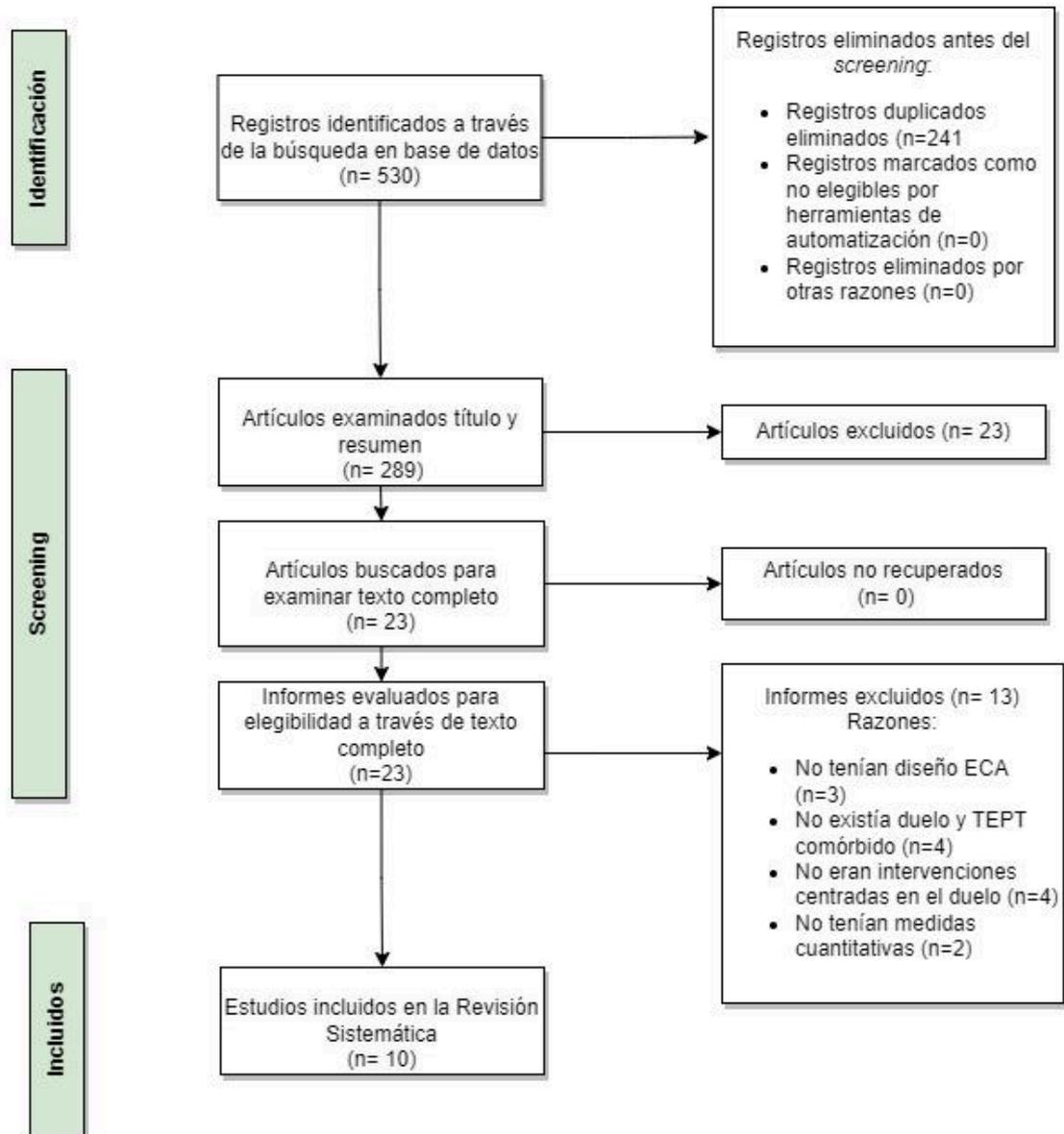
La búsqueda en las bases de datos, como hemos indicado en el apartado anterior, generó un total de 530 artículos que se desglosan en 112 en la base de PubMed, 207 en Scopus y 211 Web of Science.

Tras la eliminación de duplicados, el total de los artículos obtenidos fue de 289 que pasarían a la siguiente revisión de título y resumen. Finalmente, se obtuvieron un total de 23 artículos para el cribado por lectura completa del estudio. Tras la lectura rigurosa de cada uno de ellos, se excluyeron los artículos que no cumplían nuestros criterios de elegibilidad, dejando así un total de 10 artículos a incluir en nuestra revisión.

Todo este proceso se representa gráficamente en la **Figura 1.**, donde sintetizamos todos los pasos llevados a cabo.

Figura 1.

Diagrama de Flujo PRISMA



### 3.2. Participantes

Se muestran en la **Tabla 1** las características de los participantes de cada uno de los estudios seleccionados.

Las edades, que en dichos criterios indicaban que no tenían limitación en cuanto a la edad, estaban comprendidas en un rango más o menos homogéneo entre la edad adulta y la tercera edad, que abarcaba un rango de 34'18 a 80'10 años con una edad media entre todos los estudios que completan nuestra revisión de 54'34 años.

En cuanto a la representación de género en dichos estudios, el 16'80% eran hombres y el 83'06% eran mujeres. Como excepción, cabe destacar que, en el estudio de Kaiser et al.

(2022) se indicó que existía una persona de género no identificado como hombre o mujer, representado en nuestra revisión con el 0'13% de la misma.

Respecto al número de participantes en cada estudio, destaca que no en todos los estudios tienen un elevado tamaño de la muestra, pero todos ellos superan los 30 participantes. El 30% de las investigaciones emplearon el uso de internet y redes sociales para conseguir un reclutamiento de participantes de forma online, un 20% reclutaron a sus participantes a través de cuestionarios, otro 20% a través de trabajadores sanitarios, un 10% lo hicieron por medio de un estudio longitudinal, otro 10% a través de mensaje de texto cribado entre los familiares de fallecidos en la UCI de un hospital y, por último, otro 10% a través de publicidad repartida en la universidad.

### 3.3. Características del estudio y diseño

Podemos observar en la **Tabla 1** que todos los estudios correspondían a un ECA como se indicaba en los criterios de inclusión de la revisión, en 8 de ellos el grupo de comparación era un grupo de control en lista de espera y en los otros 2 un grupo de control activo, en el que los participantes recibieron otro tratamiento psicológico.

Estos ECAs se llevaron a cabo en cuatro países distintos: Portugal (n=1), Estados Unidos (n=2), Suiza (n=1), Australia (n=1) y, por último, Alemania (n=5). Todas estas investigaciones publicaron sus resultados entre los años 2007 y 2022.

**Tabla 1**

*Participantes y características de estudio.*

Estudio	País	Diseño	Población	N	Tipo de grupo control	Edad (DT)	Mujeres (%)
Kaiser et al., 2022	Alemania	ECA	Adulta	Total:87 GI: 44 LE: 43	LE	47,32 (14,01)	82'75%
Shear et al., 2014	EEUU	ECA	Adulta	Total: 151 GI:74 LE: 77	GCA	66,1 (8,9)	81,45%
Van Denderen et al., 2018	Alemania	ECA	Adulta	Total: 87 GI 1-2: 44 GC 1-2: 43	2 GI + 2 GCA	48,5 (14,92)	74'11%
Wagner et al., 2007	Suiza	ECA	Adulta	Total: 51 GI: 26 LE: 25	LE	37,3 (11,7)	84'61%
Kersting et al., 2013	Alemania	ECA	Adulta	Total: 228 GI: 115 LE: 113	LE	34,18 (5,15)	92'10%

Eisma et al., 2015	Alemania	ECA	Adulta	Total: 47 GI1: 18 GI2: 17 GC: 12	2GI+ LE	45,7 (12,9)	83'33%
Lenferink et al., 2020	Alemania	ECA	Adulta	Total: 39 GI: 22 LE: 17	LE	53,49 (13,01)	74'35%
Showler et al., 2022	Australia	ECA	Adulta	Total: 71 GI1: 19 GI2: 28 GC: 24	2GI+ LE	62 (15,0)	42%
Barbosa et al., 2014	Portugal	ECA	Adulta	Total: 42 GI:21 GC: 20	LE	80,10 (7,34)	85%
Buck et al., 2020	EEUU	ECA	Adulta	Total: 54 GI: 32 LE: 22	LE	68,7 (7,2)	85'2%

*ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado; GI: Grupo de intervención; GC: Grupo de control; LE: Grupo de control Lista de Espera; GCA: Grupo de control activo.*

### 3.4. Características de la intervención

Una vez comentadas las características muestrales de las investigaciones que hemos considerado e incluido en la revisión, procedemos a comentar las características propias de los estudios realizados en ella, como se muestran en la **Tabla 2**.

Observamos, en primer lugar, que, de las intervenciones que fueron realizadas, 6 se llevaron a cabo a través de internet, de forma remota y 4 fueron intervenciones presenciales. En la **Tabla 2** se presenta un resumen de las características de cada intervención.

A continuación, se describe más detalladamente las características de las intervenciones clasificadas en función de si fueron aplicadas a través de Internet o de forma presencial.

#### 3.4.1. Intervenciones a través de Internet

Dentro de los estudios incluidos en la revisión, hay un mayor número de trabajos realizados de forma remota, a través de internet.

Se puede observar en la **Tabla 2** que, tanto en la intervención realizada por Kaiser et al. (2022) como en Kersting et al. (2013), se trabajaron los módulos de auto confrontación frente a las circunstancias del duelo y la pérdida, reevaluación cognitiva y, posteriormente, el componente social.

La técnica de exposición a las señales de duelo, sin embargo, aparece en Wagner et al. (2007) así como en Eisma et al. (2015) donde se utilizó un protocolo específico de exposición gradual, in vivo o en imaginación, diseñado por Boelen et al. (2007).

Sólo fue empleada la psicoeducación en Van Denderen et al. (2018) instruyendo acerca de la pérdida y el duelo a los participantes. También dentro de este último estudio se usó la técnica de EMDR, que consiste en una terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y, como indican en el trabajo, la realizan siguiendo el protocolo estandarizado de 8 fases.

De los estudios anteriores cabe mencionar que varios comparten como componente la reestructuración cognitiva de pensamientos (Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Van Denderen et al., 2018 y Wagner et al., 2007), haciendo de este componente el más usado dentro de las intervenciones basadas en Internet.

En cuanto a los estudios restantes, tienen protocolos de tratamientos que pueden observarse en la **Tabla 2**.

Respecto al número de módulos, Showler et al. (2022) es el único trabajo que constó de un único módulo. Tanto Kersting et al. (2013) como Wagner et al. (2007) poseían el mismo número de módulos en su tratamiento, que fueron tres. La intervención que tuvo un mayor número de módulos fue la de Van Denderen et al. (2018) con ocho módulos.

Respecto a la duración, las semanas que se emplearon en el conjunto de estudios que utilizaron intervenciones basadas en internet comprendían desde las cuatro semanas, en el caso de Showler et al. (2022) hasta las 8 semanas del trabajo de Van Denderen et al. (2018). Sólo en Esima et al. (2015) se dio un periodo de tiempo indeterminado para cerrar el tratamiento, pudiendo completarlo entre las 6 y las 8 semanas.

#### 3.4.2. Intervenciones en formato presencial

De los estudios que aplicaron la intervención psicológica de forma presencial podemos observar en la **Tabla 2** que ninguno de ellos comparte los mismos componentes en su tratamiento.

En el caso de Shear et al. (2014) se realizó una terapia centrada en el duelo donde se pretende facilitar la resolución del mismo mediante psicoeducación, búsqueda de nuevas metas aspiracionales, exposición en imaginación y finalización realizando una conversación imaginada con la persona fallecida. Dentro de este mismo trabajo, se observó como tratamiento alternativo la Terapia Interpersonal (IPT), que siguió su protocolo estandarizado, donde también se incluye la psicoeducación, apreciación de cómo este evento traumático de pérdida y otros pueden afectar en la vida de los participantes y, posteriormente, cierre de la intervención con revisión de logros y planes futuros.

El componente principal de la intervención de Lenferink et al. (2020) fue el protocolo estandarizado para EMDR, aunque añadiendo en las dos primeras sesiones el abordaje de expectativas acerca de este mismo tratamiento. También fue añadida, tras las 8 fases de EMDR, la posibilidad de realizar tres sesiones de terapia cognitiva.

En el estudio de Barbosa et al. (2014) se utilizó la terapia narrativa. Esta constó de tres fases: evocación de los episodios más significativos de la pérdida, observación de la implicación emocional que tenían dichos episodios y, por último, metaforización.

Por último, en el trabajo de Buck et al. (2020) se utilizó la Terapia de Resolución Acelerada (ART) donde se expone al participante al recuerdo, se pretende la eliminación de la angustia somática y se reescribe el futuro de forma positiva.

Respecto al número de sesiones, destacan Barbosa et al. (2014) con tan solo cuatro sesiones y Shear et al. (2014), éste último por tener el mayor número de sesiones de toda la revisión sistemática con 16 sesiones semanales, que se corresponden también con el mayor periodo de tiempo de intervención, 16 semanas.

**Tabla 2**

*Características de las intervenciones.*

<b>Estudio</b>	<b>Formato</b>	<b>Duración</b>	<b>Nº Módulos</b>	<b>Características del programa de intervención</b>
Kaiser et al., 2022	Internet	5 semanas	5	Se usó un software llamado <i>beranet</i> para hacer 10 tareas de escritura, que correspondían a 10 sesiones, dos de ellas cada semana. Tras cada sesión, entre las 24 horas posteriores recibían un feedback individualizado, breve o muy completo, del terapeuta, alternándolos. Consta de tres módulos: (1) autoconfrontación, (2) reevaluación cognitiva y (3) intercambio social.
Shear et al., 2014	Presencial	16 semanas	16	La terapia del duelo consistió en la resolución de las complicaciones del duelo y facilitar su resolución de manera natural, con componentes restauradores. Las fases son (1) diario de seguimiento, con psicoeducación y trabajo en metas aspiracionales, (2) exposición en imaginación, (3) revisión de lo trabajado y (4) finalización del proceso con conversación imaginada con el fallecido. En cambio, el otro tratamiento, la IPT, sigue su protocolo de acuerdo al manual: (1) revisión e identificación de síntomas del estado de ánimo mediante inventario interpersonal y psicoeducación acerca del modelo, (2) apreciación acerca de cómo el duelo y otros eventos pueden afectar a las emociones y estado de ánimo y (3) revisión de logros, planes futuros y sentimientos acerca del fin de tratamiento.

Van Denderen et al., 2018	Internet	8 semanas	8	Es un tratamiento individual que consistió en (1) psicoeducación acerca de la pérdida, (2) discusión sobre el duelo y apoyo social. Más tarde, en las sesiones de EMDR se sigue el protocolo estandarizado y, en las de TCC, se trabajan pensamientos negativos relacionados con la pérdida mediante reestructuración cognitiva y experimentos conductuales.
Wagner et al., 2007	Internet	5 semanas	3	Tratamiento de 10 tareas escritas, en 3 sesiones, con continuo contacto con el terapeuta, en 5 semanas, por correo electrónico. tres módulos: (1) Exposición de señales de duelo. (2) Reevaluación cognitiva y (3) Integración y restauración.
Kersting et al., 2013	Internet	5 semanas	3	TCC en línea, a través de internet, con un total de 5 sesiones que consistió en la asignación de dos tareas semanales de escritura en tres fases: (1) autoconfrontación abordando las circunstancias de pérdida del embarazo, (2) reevaluación cognitiva escribiendo carta de apoyo y ánimo a un ser querido hipotético y (3) intercambio social con despedida simbólica escribiendo una carta a un ser querido que mostró su apoyo durante todo el proceso.
Eisma et al., 2015	Internet	6-8 semanas	6	El primer grupo de intervención consistió en una exposición utilizando el protocolo de Boelen et al. (2007) pero adaptado al formato online: se les pidió a los participantes una lista de recuerdos o situaciones que eviten normalmente porque les recuerde a su pérdida, posteriormente exposición gradual, in vivo o imaginación. En el segundo, la activación conductual se basó en el protocolo de Lejuez et al. (2011) para depresión mediante un diario de situaciones agradables, identificando valores fundamentales y desarrollando nuevas actividades significativas.
Lenferink et al., 2020	Presencial	12 semanas	8	Consistió en llevar a cabo el protocolo de EMDR aunque en las dos primeras sesiones primero se abordaron las expectativas del tratamiento y se habló sobre el impacto que tuvo la pérdida en la vida de los participantes. Posterior al EMDR, se ofrecieron tres sesiones de terapia cognitiva.

Showler et al., 2022	Internet	4 semanas	1	Cuatro semanas tras las pérdidas en UCI es cuando dio comienzo la intervención. Solo se trató en una única sesión. Recibieron un modelo de carta vía email de condolencias personalizado con su nombre y el de la pérdida y, posteriormente, llamadas semiestructuradas sin límite de tiempo, tratando así de hacer un seguimiento semanal.
Barbosa et al., 2014	Presencial	4 semanas	4	La intervención consistió en 4 sesiones de terapia narrativa, en la cual se trató de (1) recordar y evocar episodios de la pérdida más significativos y (2) se abordó la implicación emocional y cognitiva en los episodios y recuerdos descritos con la pérdida; (3) metaforización (que el participante explorase los significados del episodio escogido y los unificase en una metáfora).
Buck et al., 2020	Presencial	8 semanas	8	La intervención., en cuatro sesiones, se realizó siguiendo el protocolo de la Terapia de Resolución Acelerada (ART), primero orientando al paciente en esta terapia en específico y, posteriormente, pasando por las fases de exposición al recuerdo, reducción o eliminación de la angustia somática, re-descripción del futuro en positivo. Todo ello prestando especial atención a las sensaciones y percepciones de los participantes.

*G1 (grupo de tratamiento 1); G2 (grupo de tratamiento 2); GC (Grupo de control); LE (Lista de Espera); Pre (pretratamiento); Post (postratamiento); EMDR (Terapia integradora de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimientos oculares); TCC (terapia cognitivo- conductual); IPT (psicoterapia interpersonal); CGT (terapia específica de duelo complicado); TCC (tratamiento cognitivo-conductual); EMDR (terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares).*

### 3.5. Síntesis narrativa de los resultados

Dentro de las medidas de resultado de la sintomatología de TEPT, mostradas en la **En cuanto** a la eficacia de las intervenciones en la medida que es objeto de estudio de nuestra revisión, como se puede observar en la

**Tabla 3**, dentro de los estudios que aplicaron intervenciones a través de internet, cuatro de ellos encontraron efectos significativos (Eisma et al, 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013 y Van Denderen et al., 2018). Por el contrario, los trabajos de Showler et al. (2022) y Wagner et al. (2007) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en los efectos del tratamiento.

Respecto a las intervenciones realizadas presencialmente, los resultados se muestran menos prometedores, solo uno de los ECA encontró mejoría significativa en sintomatología postraumática gracias a su tratamiento de duelo, el estudio de Barbosa et al. (2014), donde

además se informaron resultados muy positivos. En contraposición, las intervenciones presenciales de Buck et al. (2020), Lenferink et al. (2020) y Shear et al. (2014) no encontraron diferencias significativas en la medida de TEPT utilizada. No obstante, cabe destacar que, en el primero de ellos, Buck et al. (2020), sí encontraron resultados esperanzadores y positivos, aunque sin significación.

La duración media de todas las intervenciones comprendió desde 4 hasta 16 semanas de tratamiento y el número de participantes que abandonaron dichos tratamientos no superó el 50% de la muestra en ningún caso.

**Tabla 3**, se debe comentar que los instrumentos de medida fueron diferentes en varias de las intervenciones que se realizaron, siendo así el problema principal que, al no utilizar todos un mismo cuestionario o test de evaluación, las mediciones y resultados posteriores forma parte de la línea de las terapias de tercera generación. pudieron variar haciendo necesario una evaluación común de esta sintomatología específica.

Entre los cuestionarios que fueron empleados, dentro de los artículos seleccionados en esta revisión, el más utilizado fue la IES- R (Escala del Impacto de Eventos), ya que fue utilizada en seis de ellos (Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink et al., 2020; Showler et al., 2022; Van Denderen et al., 2018 y Wagner et al., 2007). Dicha escala evalúa el “malestar emocional que acompaña a un acontecimiento vital estresante” (Requena y Moncayo, 2007). Por otro lado, en el estudio de Buck et al. (2020) se utilizó la Lista de Verificación de TEPT (PCL-5) que evalúa la intensidad de la sintomatología postraumática, tal y como indican Blevins et al. (2015). Por su parte Barbosa et al. (2014) utilizaron la Escala de Estrés Percibido (PSS), que evalúa la percepción de estrés en la vida cotidiana (Remor, 2006), en Barbosa et al. (2014). Por último, en los otros dos estudios se utilizó la Escala de crecimiento postraumático (PTGI-SF), mediante la cual se evalúa “la percepción de beneficios personales en los supervivientes de un acontecimiento traumático” (Tedeschi y Calhoun, 1996).

En cuanto a la eficacia de las intervenciones en la medida que es objeto de estudio de nuestra revisión, como se puede observar en la

**Tabla 3**, dentro de los estudios que aplicaron intervenciones a través de internet, cuatro de ellos encontraron efectos significativos (Eisma et al, 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013 y Van Denderen et al., 2018). Por el contrario, los trabajos de Showler et al. (2022) y Wagner et al. (2007) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en los efectos del tratamiento.

Respecto a las intervenciones realizadas presencialmente, los resultados se muestran menos prometedores, solo uno de los ECA encontró mejoría significativa en sintomatología postraumática gracias a su tratamiento de duelo, el estudio de Barbosa et al. (2014), donde además se informaron resultados muy positivos. En contraposición, las intervenciones

presenciales de Buck et al. (2020), Lenferink et al. (2020) y Shear et al. (2014) no encontraron diferencias significativas en la medida de TEPT utilizada. No obstante, cabe destacar que, en el primero de ellos, Buck et al. (2020), sí encontraron resultados esperanzadores y positivos, aunque sin significación.

La duración media de todas las intervenciones comprendió desde 4 hasta 16 semanas de tratamiento y el número de participantes que abandonaron dichos tratamientos no superó el 50% de la muestra en ningún caso.

**Tabla 3**

*Resultados de las intervenciones.*

<b>Estudio</b>	<b>Medidas de TEPT</b>	<b>Abandonos</b>	<b>Resultados en síntomas de TEPT</b>
Kaiser et al., 2022	IES- R	2	Se encontraron efectos moderadamente significativos para TEPT.
Shear et al., 2014	PTGI-SF	6	No se observaron efectos estadísticamente significativos en respuesta al tratamiento en la sintomatología de estrés postraumático.
Van Denderen et al., 2018	IES-R	28	El tratamiento realizado se mostró eficaz en la muestra en la reducción de sintomatología específica de TEPT. Se informó de una mejora del 37% de participantes de la muestra en estos síntomas.
Wagner et al., 2007	IES-R	No refiere	Los resultados indicaron un aumento significativo en el crecimiento postraumático tras la intervención en el grupo de tratamiento.
Kersting et al., 2013	IES- R	29	Se informó de una mejoría significativa en los síntomas de TEPT mantenido en los 12 meses posteriores a la intervención.
Eisma et al., 2015	PTGI-SF	29	Se observó diferencias significativas en el grupo de tratamiento correspondiente a la exposición donde se redujeron síntomas de TEPT, pero solo en la interacción con los síntomas propios de duelo y depresión. Además, también se informó de que, en el grupo de tratamiento con activación conductual hubo diferencias significativas en sintomatología de estrés en interacción con duelo complicado.
Lenferink et al., 2020	IES- R	9	No se apreciaron efectos significativos entre el grupo de intervención y el grupo de control en lista de espera, aunque sí leve

				mejoría en la reducción de niveles de TEPT durante la primera semana de tratamiento.
Showler et al., 2022	IES-R	5		No se observaron diferencias significativas sobre la sintomatología de TEPT tras la intervención.
Barbosa et al., 2014	PSS	1		Se mostraron diferencias significativas entre los grupos y, tras la segunda fase de la intervención, se observó una diferencia muy positiva entre los grupos.
Buck et al., 2020	PCL-5	7		Se observó que la respuesta al tratamiento según de síntomas inicial era favorable en TEPT, si no significativa dado que dicha respuesta fue mayor en pacientes que mostraron mayor sintomatología de estrés.

*IES-R: Escala de Impacto de Eventos Traumáticos; ICG: Inventario de duelo complicado; PTGI-SF: Inventario de crecimiento postraumático; PSS: Escala de estrés percibido; PCL-5: Escala de Verificación de TEPT.*

#### 4. Discusión

El propósito de la presente revisión fue la de investigar la eficacia de las intervenciones psicológicas realizadas en el Trastorno de Duelo Prolongado sobre la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático comórbido al mismo, para así obtener un mayor conocimiento sobre el alcance de los tratamientos psicológicos dirigidos al duelo prolongado en la mejoría del malestar que estos síntomas producen en personas que presentan los dos problemas.

De los 530 artículos revisados inicialmente, finalmente diez fueron seleccionados y añadidos a nuestra revisión por cumplir con los criterios de inclusión establecidos para la misma. Seis de ellos se realizaron en formato online, a través de internet, y los cuatro restantes en formato presencial.

En cuanto a las características de las muestras que se incluyeron, de los diez estudios, en ambas modalidades, el porcentaje de género femenino era significativamente mayor que masculino. Cabe señalar que, a pesar de no haber acotado la edad como criterio de inclusión en nuestra revisión, en ninguno de los estudios seleccionados se incluyó población infantojuvenil. Esto plantea la necesidad de llevar a cabo investigaciones futuras que evalúen la eficacia de tratamientos dirigidos al duelo prolongado comórbido con TEPT en esta franja de edad.

La técnica más utilizada en los estudios de las intervenciones basadas en formato online es la reestructuración cognitiva, de orientación cognitivo conductual que aborda las problemáticas entendidas como un conjunto de emociones, sensaciones y comportamientos físicos.

Por otro lado, el protocolo estandarizado de la Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) se repite en ambas modalidades, tanto en formato presencial, como en online.

En cuanto a los resultados de los tratamientos sobre la sintomatología postraumática solo el 50% de los estudios sometidos a revisión ha presentado mejoría tras la intervención, haciendo más evidente y remarcable la necesidad de elaborar una búsqueda de un plan de tratamiento que no solo tenga efecto sobre la sintomatología de duelo, ya evidenciada por la ausencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis encontradas al respecto. En revisiones como la de Fernández-Férez et al. (2021) donde se obtuvieron resultados prometedores, pero sin indicar medidas cuantitativas en el mismo, se observa la necesidad de explorar más la eficacia de las intervenciones respecto a nuestro objeto de estudio.

En cuanto a los resultados obtenidos específicamente en las revisiones según el formato, destaca que, a través de internet, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en mayor número de intervenciones que las que fueron halladas en formato presencial, donde solo en Barbosa et al. (2014) se encontraron efectos estadísticamente significativos.

En suma, en ambos formatos online y presencial, los resultados de la mitad de los estudios sometidos a revisión son prometedores y parecen indicar que se pueden obtener mejoras significativas en los síntomas postraumáticos a pesar de que las intervenciones estaban centradas en trabajar el duelo prolongado. No obstante, también señalan que estas intervenciones no son suficientes para reducir los síntomas de estrés postraumático y plantean la necesidad de incluir intervenciones específicamente dirigidas al TEPT.

Como fortaleza de nuestro trabajo, destaca que es la primera vez que se lleva a cabo una revisión sistemática de estas características en la cual el foco de nuestra investigación esté centrado en los efectos de la intervención psicológica dirigida a duelo prolongado, ya sea presencial o a través de internet, en el TEPT comórbido.

Respecto a las limitaciones encontradas a la hora de llevar a cabo nuestra revisión, al tratarse de un trabajo de estas características, no se pudo contar con un investigador independiente durante todo el proceso de selección de estudios para la revisión. Es decir, tras realizar las búsquedas en las diferentes bases de datos, ni en el proceso de cribado por título y/o resumen para seleccionar los artículos ni el posterior proceso de lectura por texto completo ha participado una persona distinta a la autora del presente trabajo, solucionándose sólo los posibles desacuerdos con la tutora del mismo, Soledad Quero.

Asimismo, también puede ser considerado motivo de sesgo en nuestra revisión que el número de artículos encontrados para el objeto de la misma es muy bajo, remarcando la necesidad de aumentar la investigación en este campo.

Los resultados muestran una falta de estudios enfocados en esta temática específica. Sería interesante, por lo tanto, abordar la problemática de encontrar intervenciones eficaces en

sintomatología postraumática cuando ésta es comórbida al duelo, pudiendo elaborar un estudio con una muestra significativa y adecuada para dicho objetivo, empleando también el mismo instrumento de medida, para poder establecer una línea base y posibles mejoras significativas de la intervención. Además, en dicho estudio se valoraría la posibilidad de encontrar un tratamiento adecuado.

## 5. Conclusiones

Se puede concluir que esta revisión sistemática ha arrojado luz acerca de la necesidad de incluir o prestar atención sobre la sintomatología de TEPT en duelo complicado. Como hemos podido observar, hay terapias que pueden ser efectivas, no solo con los síntomas pertenecientes al duelo, sino también a los más característicos de estrés y trauma. No obstante, también se comprueba que no es suficiente un tratamiento dirigido al duelo para reducir sintomatología de TEPT en otros estudios.

También tras la realización de nuestro estudio parece posible concluir que las terapias basadas internet se muestran muy prometedoras para el tratamiento del duelo prolongado. Esto es muy importante si atendemos al mayor alcance de este formato de intervención, pudiendo llegar a más personas en duelo que necesitan ayuda, frente al formato presencial cara a cara.

Por último, también se pone de manifiesto en esta revisión la necesidad de llevar a cabo estudios que evalúen la eficacia de tratamientos psicológicos en población infanto-juvenil con duelo prolongado y sintomatología TEPT comórbida.

## 6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, 18(3), 354-362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>
- Bergman AS, Axberg U, Hanson E. When a parent dies - a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliat Care*. 2017 Aug 10;16(1):39. doi: 10.1186/s12904-017-0223-y. PMID: 28797262; PMCID: PMC5553589.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. B., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Boelen, P. A., De Keijser, J., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277-284. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.2.277>

- Buck, H. G., Cairns, P., Emechebe, N., Hernandez, D. F., Mason, T. M., Bell, J. E., Kip, K. E., Barrison, P., & Tofthagen, C. (2020). Accelerated Resolution Therapy: Randomized Controlled Trial of a Complicated Grief Intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(10), 791-799. <https://doi.org/10.1177/1049909119900641>
- Bui, E., Simon, N. M., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Wang, Y., Skritskaya, N. A., Mauro, C., & Shear, M. K. (2013). Perilous dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief. *Depression and Anxiety*, 30(2), 123-128. <https://doi.org/10.1002/da.22029>
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., Van Den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H., Lancee, J., & Stroebe, M. (2015). Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>
- Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Requena-Mullor MDM. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 24;18(11):5587. doi: 10.3390/ijerph18115587. PMID: 34073728; PMCID: PMC8197264.
- Jones, K., Methley, A., Boyle, G., Garcia, R., & Vseteckova, J. (2022). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Managing Grief Experienced by Bereaved Spouses or Partners of Adults Who Had Received Palliative Care. *Illness, Crisis & Loss*, 30(4), 596–613. <https://doi.org/10.1177/10541373211000175>
- Kaiser, J., Nagl, M., Hoffmann, R., Linde, K., & Kersting, A. (2022). Therapist-Assisted Web-Based Intervention for Prolonged Grief Disorder After Cancer Bereavement: Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*, 9(2), e27642. <https://doi.org/10.2196/27642>
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief Internet-Based Intervention Reduces Posttraumatic Stress and Prolonged Grief in Parents after the Loss of a Child during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372-381. <https://doi.org/10.1159/000348713>
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Lenferink, L. I. M., De Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Cognitive therapy and EMDR for reducing psychopathology in bereaved people after the MH17 plane crash: Findings from a randomized controlled trial. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000253>

- Linares-Espinós, E.; Hernández, V.; Domínguez-Escrig, J. L.; Fernández-Pulido, S.; Hevia, V.; Mayor, J.; Padilla-Fernández, B., y Ribal, M. (2018). Metodología de una revisión sistemática. En *Actas Urológicas España*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.01.010>
- Nevado, M., y González, J. (2018). *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- PubMed (20 de diciembre de 2022). About the Content. Sitio Web de PubMed. Recuperado el 20 de diciembre de 2022 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006004>
- Requena, G., & Moncayo, F. L. G. (2007). Propiedades psicométricas de la escala revisada del impacto del evento estresante (IES-R) en una muestra española de pacientes con cáncer. *Análisis y modificación de conducta*, 33(149). <https://doi.org/10.33776/amc.v33i149.1218>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N. A., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1287. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Showler, L., L. R., Chan, M. D., Tondello, M., George, A., Tascone, B., Presneill, J. J., MacIsaac, C., Abdelhamid, Y. A., & Deane, A. M. (2022). Communication with bereaved family members after death in the ICU: the CATHARTIC randomised clinical trial. *Critical Care and Resuscitation*, 24(2), 116-127. <https://doi.org/10.51893/2022.2.oa2>
- Simon, N. M., O'Day, E., Hellberg, S. N., Hoepfner, S. S., Charney, M. E., Robinaugh, D. J., Bui, E., Goetter, E. M., Baker, A. L., Rogers, A. H., Nadal-Vicens, M., Venners, M. R., Kim, H., & Rauch, S. A. (2018). The loss of a fellow service member: Complicated grief in post-9/11 service members and veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuroscience Research*, 96(1), 5-15. <https://doi.org/10.1002/jnr.24094>
- Sitio Web de EBSCO (s.f.). Recuperado el 20 de diciembre de 2022 de <https://www.ebsco.com/es/products/research-databases/medline-complete>
- Sitio Web de EBSCO (s.f.). Recuperado el 20 de diciembre de 2022 de <https://www.ebsco.com/es/products/research-databases/medline-complete>
- Sitio Web de ELSEVIER (s.f.). Recuperado el 20 de diciembre de 2022 de [https://www-elsevier-com.ezproxy.universidadeuropea.es/solutions/scopus?dgcid=RN\\_AGCM\\_Sourced\\_300005030](https://www-elsevier-com.ezproxy.universidadeuropea.es/solutions/scopus?dgcid=RN_AGCM_Sourced_300005030)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>

- Van Denderen, M., De Keijser, J., Stewart, R. E., & Boelen, P. A. (2018). Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(4), 497-508. <https://doi.org/10.1002/cpp.2183>
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Post-Traumatic Growth and Optimism as Outcomes of an Internet-Based Intervention for Complicated Grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 156-161. <https://doi.org/10.1080/16506070701339713>
- Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

## 7. Anexos

### 7.1. Anexo 1: Tesauro de palabras clave

#### Para Web of Sciences:

TS=((("Post-Traumatic Stress Disorder" OR "Stress Disorder" OR "Post-Traumatic" OR "Post-Traumatic Neuroses" OR "PTSD" OR "Posttraumatic Neuroses" OR "Post-Traumatic Stress Disorders" OR "Post Traumatic Stress Disorders" OR "Posttraumatic Stress Disorders" OR "Posttraumatic Stress Disorder" OR "Stress Disorders" OR "Post Traumatic Stress Disorder" OR "Delayed Onset Post-Traumatic Stress Disorder" OR "Delayed Onset Post Traumatic Stress Disorder" OR "Chronic Post-Traumatic Stress Disorder" OR "Chronic Post Traumatic Stress Disorder" OR "Acute Post-Traumatic Stress Disorder" OR "Acute Post Traumatic Stress Disorder") AND ("PGD" OR "Prolonged Grief Disorder" OR "Prolonged Grief" OR "Grief Disorder" OR "Prolonged Grief Disorders" OR "Grief" OR "Griefs" OR "Mourning" OR "Mournings" OR "Bereavement" OR "Bereavements" OR "Bereaved" OR "Bereavement-related Distress" OR "Complicated Grief" OR "Complicated Griefs") AND ("Intervention" OR "Psychosocial" OR "Interventions" OR "Psychosocial Interventions" OR "Psychological Intervention" OR "Psychological" OR "Therapy" OR "Therapeutic" OR "Therapies" OR "Treatment" OR "Treatments" OR "Psychotherapy" OR "Psychotherapies" OR "Self help" OR "Self-help" OR "Counseling" OR "Treating") AND ("Clinical Trials" OR "Clinical Trials" OR "Randomized" OR "Randomised" OR "Controlled Trial" OR "Controlled Trials" OR "Controlled Clinical Trials" OR "Randomized Clinical Trial" OR "Randomized Clinical Trials" OR "Randomised Clinical Trial" OR "Randomised Clinical Trials" OR "Randomized Trial" OR "Randomized Trials" OR "Randomised Trial" OR "Randomised Trials" OR "Randomized Controlled Trial" OR "Randomized Controlled Trials" OR "Randomised Controlled Trial" OR "Randomised Controlled Trials" OR "RCT" OR "Random Allocation"))

#### Para PubMed:

((("Post-Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Stress Disorder"[Text Word] OR "Post-Traumatic"[Text Word] OR "Post-Traumatic Neuroses"[Text Word] OR "PTSD"[Text Word] OR "Posttraumatic Neuroses"[Text Word] OR "Post-Traumatic Stress Disorders"[Text Word] OR "Post Traumatic Stress Disorders"[Text Word] OR "Posttraumatic Stress Disorders"[Text Word] OR "Posttraumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Stress Disorders"[Text Word] OR "Post Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Delayed Onset Post-Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Delayed Onset Post Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Chronic Post-Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Chronic Post Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Acute Post-Traumatic Stress Disorder"[Text Word] OR "Acute Post Traumatic Stress Disorder"[Text Word])) AND (("PGD"[Text Word] OR "Prolonged Grief Disorder"[Text Word] OR "Prolonged Grief"[Text Word] OR "Grief Disorder"[Text Word] OR "Prolonged Grief Disorders"[Text Word] OR "Grief"[Text Word] OR "Griefs"[Text Word] OR "Mourning"[Text Word]

OR "Mournings"[Text Word] OR "Bereavement"[Text Word] OR "Bereavements"[Text Word] OR "Bereaved"[Text Word] OR "Bereavement-related Distress"[Text Word] OR "Complicated Grief"[Text Word] OR "Complicated Grievs"[Text Word])) AND (("Intervention"[Text Word] OR "Psychosocial"[Text Word] OR "Interventions"[Text Word] OR "Psychosocial Interventions"[Text Word] OR "Psychological Intervention"[Text Word] OR "Psychological"[Text Word] OR "Therapy"[Text Word] OR "Therapeutic"[Text Word] OR "Therapies"[Text Word] OR "Treatment"[Text Word] OR "Treatments"[Text Word] OR "Psychotherapy"[Text Word] OR "Psychotherapies"[Text Word] OR "Self help"[Text Word] OR "Self-help"[Text Word] OR "Counseling"[Text Word] OR "Treating"[Text Word])) AND (("Clinical Trials"[Text Word] OR "Clinical Trials"[Text Word] OR "Randomized"[Text Word] OR "Randomised"[Text Word] OR "Controlled Trial"[Text Word] OR "Controlled Trials"[Text Word] OR "Controlled Clinical Trials"[Text Word] OR "Randomized Clinical Trial"[Text Word] OR "Randomized Clinical Trials"[Text Word] OR "Randomised Clinical Trial"[Text Word] OR "Randomised Clinical Trials"[Text Word] OR "Randomized Trial"[Text Word] OR "Randomized Trials"[Text Word] OR "Randomised Trial"[Text Word] OR "Randomised Trials"[Text Word] OR "Randomized Controlled Trial"[Text Word] OR "Randomized Controlled Trials"[Text Word] OR "Randomised Controlled Trial"[Text Word] OR "Randomised Controlled Trials"[Text Word] OR "RCT"[Text Word] OR "Random Allocation"[Text Word]))

**Para Scopus:**

TITLE-ABS-KEY ("Post-Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Post-Traumatic") OR ("Post-Traumatic Neuroses") OR TITLE-ABS-KEY ("PTSD") OR TITLE-ABS-KEY ("Posttraumatic Neuroses") OR TITLE-ABS-KEY ("Post-Traumatic Stress Disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("Post Traumatic Stress Disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("Posttraumatic Stress Disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("Posttraumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Stress Disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("Post Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Delayed Onset Post-Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Delayed Onset Post Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Chronic Post-Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Chronic Post Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Acute Post-Traumatic Stress Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Acute Post Traumatic Stress Disorder") AND TITLE-ABS-KEY ("PGD") OR TITLE-ABS-KEY ("Prolonged Grief Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Prolonged Grief") OR TITLE-ABS-KEY ("Grief Disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("Prolonged Grief Disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("Grief") OR TITLE-ABS-KEY ("Grievs") OR TITLE-ABS-KEY ("Mourning") OR TITLE-ABS-KEY ("Mournings") OR TITLE-ABS-KEY ("Bereavement") OR TITLE-ABS-KEY ("Bereavements") OR TITLE-ABS-KEY ("Bereaved") OR TITLE-ABS-KEY ("Bereavement-related Distress") OR TITLE-ABS-KEY ("Complicated Grief") OR TITLE-ABS-KEY ("Complicated Grievs") AND TITLE-ABS-KEY ("Intervention") OR TITLE-ABS-KEY ("Psychosocial") OR TITLE-ABS-KEY ("Interventions") OR TITLE-ABS-KEY ("Psychosocial Interventions") OR TITLE-ABS-KEY ("Psychological Intervention") OR TITLE-ABS-KEY ("Psychological") OR TITLE-ABS-KEY ("Therapy") OR TITLE-ABS-KEY ("Therapeutic") OR ("Therapies") OR TITLE-ABS-KEY ("Treatment") OR TITLE-ABS-

KEY ("Treatments") OR TITLE- ABS-KEY ("Psychotherapy") OR TITLE-ABS-KEY ("Psychotherapies") OR TITLE-ABS-KEY ("Self help") OR TITLE-ABS-KEY ("Self-help") OR TITLE-ABS-KEY ("Counseling") OR TITLE-ABS-KEY ("Treating") AND TITLE-ABS-KEY ("Clinical Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Clinical Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomised") OR TITLE-ABS-KEY ("Controlled Trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Controlled Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Controlled Clinical Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized Clinical Trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized Clinical Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomised Clinical Trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomised Clinical Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized Trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomised Trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomised Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized Controlled Trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomized Controlled Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("Randomised Controlled Trial") OR TITLE- ABS-KEY ("Randomised Controlled Trials") OR TITLE-ABS-KEY ("RCT") OR TITLE-ABS-KEY ("Random Allocation")