



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

ISABEL PAULA ROSA SOBERO CABALLERO

LIMA - PERÚ

2024

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...



Mg. Rita Orihuela Anaya

Filtrado desde el informe

- Bibliografía

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Fredy Santiago Monge Rodriguez

Presidente

Lic. Gabriela Montes Herrera

Vocal

Lic. Giuliana Salazar Alvarez

Secretaria

ASESOR DE TESIS

Mg. Rita Selene Orihuela Anaya

DEDICATORIA

A mi mamá y mamá Zarita, las extraño cada día de mi vida.

A mi querida familia,

por apoyarme y creer en mi.

A André, mi sobrino, gracias a él comprendí la importancia

de este tema.

A Oreo y Pelusa, mi hijos peludos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, por alentarme y acompañarme desde el primer día para poder realizar mi sueño de ser profesional, por brindarme apoyo y amor cuando más lo necesitaba.

A mi papá, por su amor, comprensión y palabras de confort durante toda mi vida universitaria. A mi mamá, mi ángel, por darme el mejor ejemplo de perseverancia y lucha. A Marlene, por ayudarme a creer en mi. A cada uno de mis abuelos, papá Cesitar, mamá Zarita, papá Carlos y mamá Isaura por el apoyo y amor incondicional, en especial agradezco a Mamá Zarita y Papá Cesitar por la crianza que me brindaron y gracias a ello, ser la persona que soy. A mi tía Blanca y tío Paul, por ayudarme desde el inicio de mi carrera y creer en mis capacidades. A mi hermana Camila, que con su inocencia y alegría me ayudaba en los momentos complicados. A mi novio Cristopher, por su guía y motivación durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo y por su continuo apoyo para ayudarme a progresar. A mi hijo peludo, Oreo, por acompañarme en cada amanecida y ser uno de los pilares para seguir adelante.

A mi asesora, Mg. Rita Orihuela, por su dedicación, orientación y paciencia durante todo el proceso de elaboración de tesis.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Presentación y Justificación del Tema	1
1.2 Conceptualización de la Variable	4
1.3 Factores que influyen en Trastorno de Duelo Prolongado	20
1.4 Impacto de la variable	22
1.5 Evaluación psicológica relacionada con la variable.....	23
1.6 Aplicabilidad a la realidad peruana de los hallazgos obtenidos.	26
II. ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE	29
2.1 Diseños de investigación	29
2.2 Estudios acerca del tema	55
III.CONCLUSIONES	100
Referencias	102

TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. <i>Modelo explicativo del procesamiento dual para la intervención en duelo prolongado</i>	11
Tabla 1. <i>Investigaciones de tipo ensayo aleatorizado controlado</i>	31
Tabla 2. <i>Investigaciones de tipo ensayo piloto controlado</i>	49
Tabla 3. <i>Investigaciones de tipo estudio piloto</i>	53
Tabla 4. <i>Estudios sobre intervenciones preventivas en duelo prolongado</i>	55
Tabla 5. <i>Estudios sobre intervenciones individuales en duelo prolongado</i>	62
Tabla 6. <i>Estudios sobre intervenciones grupales en duelo prolongado</i>	67
Tabla 7. <i>Estudios sobre intervenciones grupales e individuales en duelo prolongado</i>	76
Tabla 8. <i>Estudios sobre intervenciones basadas en internet en duelo prolongado</i>	81

RESUMEN

El duelo es una experiencia que atraviesan todas las personas del mundo, normalmente estas personas se pueden adaptar a la pérdida. Sin embargo, existe cierto porcentaje de la población que no puede adaptarse a la vida sin el ser amado y pueden desarrollar Trastorno de Duelo Prolongado (TDP). Es por ello, que la presente revisión documental tiene como objetivo analizar el impacto teórico y social de las intervenciones psicológicas para el tratamiento en duelo prolongado en los últimos diez años. Por esta razón se realizó una búsqueda de investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional, para ello se utilizó las bases de datos electrónicas: SCIELO, REDALYC, PUBMED, GOOGLE ACADÉMICO, ALICIA y PUBPSYCH. Se recopilaron 24 investigaciones publicadas entre los años 2013 y 2023, estos estudios son cuantitativos 19 de tipo experimental con un diseño llamado Ensayo Clínico Aleatorio, 3 estudios con diseño ensayo piloto controlado y 2 estudios pilotos. Las investigaciones demostraron que el modelo e intervención que tiene mayor evidencia tanto práctica como teórica fue el Modelo Cognitivo Conductual para el Duelo Prolongado y por ende es adecuado realizar una Intervención Cognitivo Conductual para disminuir el TDP.

Palabras clave: “Intervenciones psicológicas para duelo prolongado”, “Tratamiento de duelo prolongado”, “Duelo complicado”

ABSTRACT

Grief is an experience that all people in the world go through, normally these people can adapt to the loss. However, there is a certain percentage of the population that cannot adapt to life without the loved one and may develop Prolonged Grief Disorder (PDD). That is why this documentary review aims to analyze the theoretical and social impact of psychological interventions for the treatment of prolonged grief in the last ten years. For this reason, a research search was carried out, both nationally and internationally, for which the electronic databases were used: SCIELO, REDALYC, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, ALICIA and PUBPSYCH.

24 studies published between 2013 and 2023 were compiled, these studies are quantitative, 19 of an experimental type with a design called Randomized Clinical Trial, 3 studies with a controlled pilot trial design and 2 pilot studies. Research showed that the model and intervention that has the most evidence, both practical and theoretical, was the Cognitive Behavioral Model for Prolonged Grief and therefore it is appropriate to carry out a Cognitive Behavioral Intervention to reduce PDD.

Keywords: "Psychological interventions in Prolonged Grief Disorder", "Treatment for prolonged grief", "Complicated grief"

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación y Justificación del Tema

El duelo es una experiencia que viven todas las personas del mundo y es una situación normal cuando la muerte de un ser cercano ocurre, lo cual genera ciertas respuestas a nivel físico, afectivo, cognitivo y conductual que puede afectar la estabilidad y la funcionalidad (Cruz et al., 2017). Gran parte de la población logra adaptarse y afrontar esta pérdida, sin embargo, existe una minoría significativa que no logra hacerlo, lo cual resulta en un deterioro funcional. Esta condición tiene por nombre Trastorno de Duelo Prolongado (Miller, et al. 2017; Mughal, et al, 2023; Prigerson, citado en Szuhany, 2021).

Este diagnóstico de Trastorno de Duelo Prolongado (TDP) se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 11.ª edición (CIE-11) y en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición Texto Revisado (DSM 5 TR), se caracteriza por persistencia y anhelo generalizado, angustia por separación, anhelo o pensamientos preocupantes y recuerdos del difunto, dolor emocional relacionado con el duelo el cual causa deterioro en la funcionalidad de las personas durante al menos seis meses luego de haber fallecido al ser querido (Comtesse et al. 2020). En la investigación de Djelantik et al., (2020) se indica que uno de cada diez individuos que están atravesando por un proceso de duelo, pueden desarrollar TDP. Para conocer la complejidad del impacto de duelo y de este trastorno, se estima que su predominancia en la población en general puede

variar de 2% hasta aproximadamente 7%, lo cual sería entre 10% a 20% de las personas que estén pasando por un duelo (Gesi et al., 2020).

Actualmente, en el Perú, según datos del 2022 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la cantidad de fallecidos ha aumentado en los últimos años por la pandemia. Según el MINSA la pandemia ha provocado más de 200 mil muertes (Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades-MINSA,2023). Por esto, las personas que han perdido a un ser querido están atravesando por un duelo. Este proceso de duelo, durante la pandemia, se ha vivido de forma anormal, ya que, han sufrido la pérdida de manera más traumática (Araujo et al., 2021).

Los factores que pueden elevar el riesgo de desarrollar TDP son características de la persona, eventos que rodean la muerte o el contexto en que sucedió el fallecimiento, se ha demostrado que el porcentaje incrementa en ciertos grupos como por ejemplo en adultos mayores que sufren la pérdida de su pareja, y que también existen factores de riesgo a personas que han atravesado la pérdida de alguien cercano en su vida en situaciones inesperadas o violentas, individuos en duelo debido a desastres naturales, daños ocasionados por otros individuos o por eventos traumáticos, falta de rituales de despedida como velorio o entierro, escasa comunicación con paciente hospitalizado o personal de salud, entre otros (Gesi et al.,2020; Goveas et al., 2020). Otras investigaciones indican que existen algunos factores antes de la muerte que predicen niveles más altos de duelo como por ejemplo niveles bajos de apoyo social y falta de preparación para la muerte (Wallace et al., 2020).

La intervención psicológica generalmente tiene el propósito de modificar la cognición o el comportamiento de las personas con intención de mejorar la experiencia y funcionalidad (Arenas et al., 2018). Teniendo en cuenta que existe cierto porcentaje de personas que no se adaptan a la pérdida y atraviesan por un Trastorno de Duelo Prolongado, afectando la funcionalidad y distintas áreas de la vida. La presente investigación presenta un aporte práctico, puesto que, al analizar sobre las recientes intervenciones en trastorno de duelo prolongado, los profesionales de salud mental pueden obtener un mayor conocimiento sobre cuáles intervenciones son las más eficaces.

Respecto al aporte teórico se contribuirá con el análisis de modelos teóricos más relevantes y que contribuyen a la formación de intervenciones. En el aporte social, el tratamiento con mayor efectividad puede ayudar en la calidad de vida de los peruanos disminuyendo el Trastorno de Duelo Prolongado.

Por este motivo, el objetivo de la presente revisión documental es analizar el impacto teórico y social de las intervenciones psicológicas para el tratamiento en Trastorno de duelo prolongado en los últimos diez años. Los objetivos específicos son describir instrumentos de evaluación utilizados en la intervención del Trastorno de duelo prolongado y describir los diseños utilizados en las investigaciones sobre intervenciones en duelo prolongado. Esta investigación es una revisión documental, se reseñan documentos internacionales comprendidos desde el año 2013 hasta el 2023.

1.2 Conceptualización de la Variable

A continuación, se hará una descripción de las variables, intervención psicológica, concepto de duelo según enfoques psicológicos, modelos teóricos de intervención de duelo prolongado, Trastorno de Duelo Prolongado, factores que influyen en el Trastorno de Duelo Prolongado, Factores de protección para el Trastorno Duelo Prolongado.

1.2.1 Intervención Psicológica

Esta intervención la brinda un profesional capacitado y certificado en la carrera de psicología, en el cual se aplica principios y técnicas con el objetivo de ayudar a los pacientes a comprender sus problemáticas, disminuirlas o superarlas, también ayuda a prevenir la frecuencia de las mismas, con el fin de mejorar la experiencia y la funcionalidad en el contexto. Además, la intervención se encuentra relacionada con evaluación y seguimiento de los efectos que se consiguen a lo largo del proceso de intervención y se valora la persistencia temporal, validez social y generalización de comportamientos a distintas situaciones (Bados, 2008; Olivares, Maciá, Olivares y Rosa, 2013). Existen varios tipos de intervención como por ejemplo psicoanálisis, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica, etc. (Bados, 2008). Cabe resaltar que la intervención psicológica puede hacerse de manera individual, parejas, familias, grupos y comunidades (Bados,2008).

Además, existen intervenciones presenciales o intervenciones que utilizan la tecnología, específicamente el internet proporciona una nueva modalidad y

oportunidad para que pueda los pacientes puedan acceder a servicios psicológicos (Macías y Valerio, 2018). Es idóneo realizar una intervención por internet cuando el cliente tiene obstáculos físicos o geográficos para asistir a consulta, cuando el paciente desea seguir el tratamiento con el mismo terapeuta, pero por algún motivo no puede asistir de manera presencial, también cuando el paciente desea mantener anonimato, asimismo cuando el cliente no presenta un trastorno grave o solo desea hacer una consulta. Ejecutar una intervención por internet tiene aspectos positivos y negativos, por ejemplo, entre los positivos se encuentran que la comunicación con el paciente puede ser más frecuente y rápida, también ayuda a que el paciente revele aspectos íntimos de su vida. Las desventajas son que se puede descuidar la comunicación no verbal del paciente, perjudicar la naturalidad, mayor dificultad para evaluar lo que le sucede al paciente, más complejidad en la enseñanza de técnicas y control del tratamiento y, además, surge un problema cuando terceros pueden obtener acceso a la información o sesión (Bados, 2008).

Cabe resaltar que, actualmente, la intervención por internet es una nueva forma de comprender la comunicación entre pacientes y profesionales, significando una moderna forma de trabajar, aumentando una actitud positiva hacia la tecnología y mejorando la salud desde una mirada global e interconectada (De la Torre y Pardo, 2019).

1.2.2 Conceptos de Duelo según Enfoques Psicológicos

Duelo según el Enfoque Psicoanalítica. Freud hace referencia al duelo, en su libro titulado “Duelo y melancolía”, describiéndolo como la reacción que se tiene cuando se ha perdido a una persona amada o de una abstracción. El duelo representa un proceso de duelo que es saludable, pero menciona que la melancolía es una reacción crónica. Freud realiza una diferencia entre duelo y melancolía, el duelo es lo normal que sucede ante la pérdida y es gracias a este que la persona será capaz de aceptar y entender dicha pérdida (Costábile, 2016). La melancolía, comparte gran parte de las características con el duelo, pero la diferencia es el tiempo, debido a que puede perdurar y volver patológico un estado que se espera que ocurra de manera normal (Costábile, 2016). Otra diferencia radica en la estabilidad de la libido, que, durante el duelo, lo normal es que la libido se va separando de la representación mental del objeto de amor y que luego se une a otro objeto. Mientras que la melancolía resultaba de la libido desestabilizada, este desequilibrio podría darse por una identificación narcisista con el objeto, una relación de amor-odio o por rechazo (Prigerson et al., 2021)

Además, indica que la persona que atraviesa por un duelo siente pena por la pérdida real de la persona querida, sin embargo, esta pérdida se vive más intensa debido a las fantasías inconscientes de haber perdido a la persona y a los objetos buenos internos. Es decir, el mundo interno de la persona parece haberse desgarrado y que los objetos internos malos son los que predominan. Adicionado a ello, menciona que la persona en duelo reinstala al objeto que perdió en su propio yo y también reinstalan los objetos buenos internalizados en una etapa de desarrollo temprano (Costábile, 2016).

En general para el enfoque psicoanalítico el duelo es la respuesta frente a la pérdida de un objeto querido, este objeto puede ser tangible o no, también la persona que sufre la pérdida puede tener respuestas emocionales normales o anormales que para Freud sería propio de la melancolía. Además, el duelo inicia con la negación de la pérdida, luego se pasa por una aceptación dolorosa y después se llega a la renuncia del objeto perdido o a la reubicación psíquica. También el duelo produce un cambio en el vínculo entre el objeto y el doliente, lo cual produce una modificación en el sujeto, que después del duelo, renace (Díaz, 2019).

Duelo según el Enfoque Humanista. Para el humanismo, el duelo se entiende como la pérdida de algo significativo para una persona, lo que interesa es el valor simbólico que el individuo ha atribuido al objeto perdido. Para este enfoque el valor del duelo es único para cada individuo, esto quiere decir que la experiencia de la pérdida que experimenta cada sujeto depende su historia, cultura, costumbres y creencias preestablecidas (García, 2010; Pérez et al., 2016).

Para Víktor Frank el duelo es un elemento de la vida que no puede eliminarse, ya que sin él la vida está incompleta, es decir, que el dolor de la vivencia de perder a un ser amado es inevitable y es parte de la vida y contribuye al crecimiento personal el ser humano porque lo hará más fuerte y podrá tener mejor capacidad de afrontamiento (Martín y Vásquez, citados en Pérez et al., 2016).

De manera general, desde la psicología humanista, el duelo se entiende como proceso normal que una persona vive en cualquier momento, por el cual siente dolor por esta pérdida (Pérez et al., 2016).

Duelo según el Enfoque Cognitivo Conductual. Definición de duelo según autores que están bajo el enfoque cognitivo conductual como Horowitz (citado en Dominguez, 2018) indica que después de un evento de muerte, el esquema de la persona se modifica, ya que, el estado cognitivo-emocional cambia por la noticia del fallecimiento y se reorganiza el significado de la propia vida.

Para Malkinson, Ellis y Dryden (citado en Dominguez, 2018) el duelo se produce cuando ocurre una pérdida, es persistente a través del tiempo y se produce creencias irracionales relacionados con el evento de la muerte, el fallecido y el yo. El duelo prolongado se liga a los eventos que rodean la muerte y en la capacidad cognitiva de quien atraviesa la pérdida.

Para Goveas y Shear (2020), el duelo se da como una reacción común ante el fallecimiento de un ser amado, aunque este es un evento doloroso, gran porcentaje de las personas logran adaptarse a la muerte y a las modificaciones que la acompañan, aceptan el cambio en la relación con el sujeto que falleció y buscan la manera de honrar a su ser amado. Sin embargo, este proceso de duelo puede desencaminarse, que sucede generalmente porque hay un procesamiento que no está completo sobre la muerte, donde las emociones dolorosas no se procesan adecuadamente (Shear y Mulhare, 2008 y Shear et al., 2017).

Después de los conceptos por enfoques de duelo, se puede indicar que el duelo es una experiencia universal, el dolor y adaptación son respuestas naturales que tendrá la persona que ha atravesado la muerte de un ser cercano. Hay que tener en cuenta que, a pesar de la universalidad, cada relación es única y por lo tanto lo es cada experiencia de duelo. El dolor está determinado por el significado de la relación, a quién se perdió, experiencias anteriores y por el entorno en el que se vive. Si bien es cierto que cada persona lamenta la muerte de manera distinta, hay puntos en común en todos los duelos como anhelo, tristeza, pensamientos, recuerdos de la persona fallecida. A medida que el individuo se va adaptando al mundo sin el ser querido, la calidad e intensidad de pensamientos y sentimientos van cambiando (Shear et al., 2017).

1.2.3 Modelos Teóricos de Intervención en Duelo Prolongado

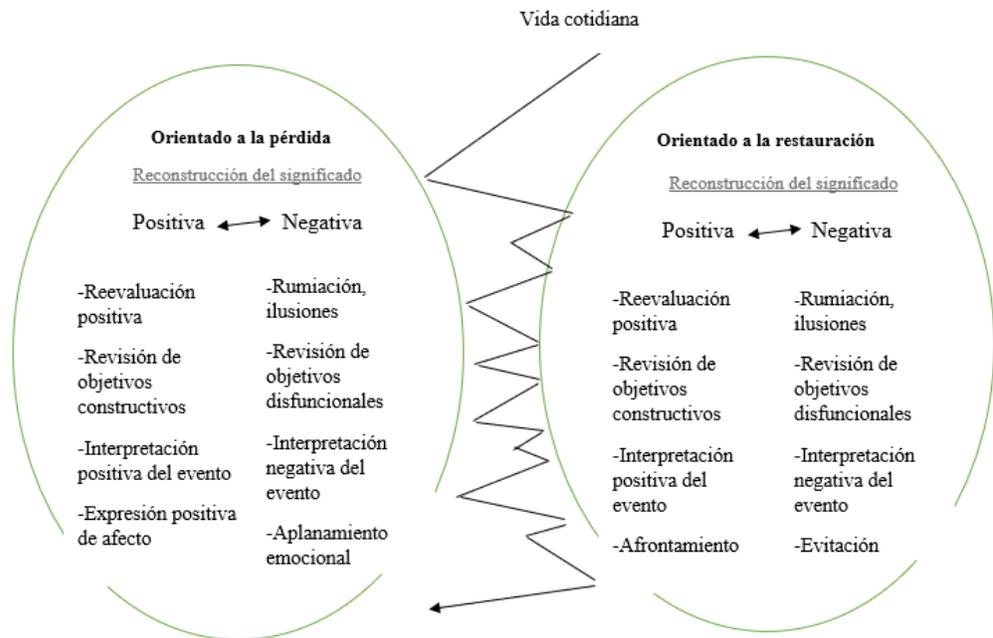
Modelo de procesamiento dual. Stroebe y Schut plantearon este modelo, en el cual se explica la forma en que las personas llegan a una adaptación con la pérdida del ser querido. También se describe cómo las personas en duelo se encuentran en un constante cambio entre prestar atención a la pérdida o hacia la restauración. Si la persona orienta su atención hacia la pérdida, significa que está trabajando el duelo, expresando sus emociones, interpretando y brindando significado al fallecimiento y a su vida después de la muerte del ser querido. Por otra parte, si la persona orienta su atención hacia la restauración, quiere decir que está enfocando su atención en la reestructurar su vida. Es importante señalar que, aunque la atención se pueda dar de manera alternada entre los dos procesos, el modo en que se le dé significado va a influir

en la funcionalidad o probable aparición de trastorno de duelo prolongado (Cruz, et al., 2017).

Es decir, para este modelo, el duelo saludable se da cuando la persona oscila entre funcionamiento orientado a la pérdida y a la restauración, si la persona rumia y evita excesivamente el individuo no logra la alternación, lo cual podría originar el desarrollo de trastorno de duelo prolongado (Nam, 2016). Es importante destacar que la persona puede pasar repetidas veces por el proceso de oscilación hasta que finalmente llegue al duelo normal (Nam, 2017).

Figura 1.

Modelo explicativo del procesamiento dual para la intervención en duelo prolongado



Nota. Tomado de Cruz et al., (2017). Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado.

Modelo Cognitivo Conductual de Duelo Prolongado. Boelen, Van den Hout y Van den Bout, plantean que el trastorno de duelo prolongado se da cuando el individuo no integra la realidad de la muerte en las representaciones mentales sobre sí mismo y de su mundo. Los investigadores indican que existen 3 procesos que son relevantes para la formación y mantenimiento de trastorno de duelo prolongado: a) elaboración e integración escasa de la pérdida con otros saberes autobiográficos, b)

valoración negativa sobre el mundo, el yo, el futuro y las respuestas ante el duelo y c) utilización de estrategias de evitación ansiosas y depresivas. Al no integrar y elaborar la pérdida, colabora a que haya pensamientos intrusivos del ser querido que ha fallecido, sensación de que aún vive y respuestas orientadas a restablecer la proximidad con el sujeto perdido. Las interpretaciones negativas producen síntomas de TDP e incrementan la probabilidad de que las personas respondan con estrategias de afrontamiento inadecuadas como evitación ansiosa y evitación depresiva (Boelen, citado en Maccallum et al., 2013).

Según este modelo se identifican tres procesos que perpetúan el TDP: (a) pobre incorporación de la pérdida en sus creencias previas (b) creencias poco positivas e interpretaciones no funcionales de las reacciones del duelo y (c) empleo de estrategias de evasión para depresión y la ansiedad (Cruz, et al., 2017).

En la pobre integración, la información sobre la pérdida se procesa de manera incorrecta e integra deficientemente con otros recuerdos de la vida y esto hace que la persona perciba la pérdida como si no fuera real. Lo que sucede con la población con duelo prolongado, es que recuerdan más fácilmente al ser querido fallecido, pero ello no hace que la pérdida sea más real, sino que se les dificulta más procesar la separación (Cruz, et al., 2017).

Acerca de las creencias poco positivas, las personas con TDP tienen pensamientos pesimistas sobre la vida, el futuro y de sí mismo, por ejemplo, una persona cree que no sirve para nada, que su vida no tiene sentido o que no hay esperanza en el futuro.

También, tienen interpretaciones tanto disfuncionales y catastróficas de las reacciones del duelo, lo que los impulsa hacia estrategias evitación inservibles (Cruz, et al. 2017).

En las estrategias de afrontamiento como la evitación, tienen la función de reducir la exposición (Payás, citado en Cruz, et al., 2017). En estrategias de evasión a la ansiedad, se da cuando la persona que atraviesa un duelo cree que, al afrontar la pérdida, tendrá una pérdida de control o que tendrá consecuencias que no podrán soportarla. Por este motivo, el individuo evita confrontar la realidad. Asimismo, realizan acciones como hablar sobre la persona fallecida, intentar mantener una conversación con el ser querido con el fin de protegerse de la situación real mantienen la conexión con el fallecido. Otra estrategia de evitación a la ansiedad, es la rumiación sobre las causas del fallecimiento (Cruz, et al., 2017).

Por otro lado, las estrategias de evitación a la depresión, ocurre si los afligidos mantienen conductas de inactividad, evitando participar en actividades sociales, laborales o de recreación. Esta evasión sucede cuando los dolientes creen que llevar una vida activa sin el fallecido significa que le están faltando el respeto (Cruz, et al., 2017).

Además, puede consistir en múltiples componentes que incluyen exposición a las señales vinculadas con el duelo que se suelen evitar, reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos asociados con la pérdida y activación conductual para compensar la falta de actividad y el retraimiento conductual (Eisma et al., 2015).

La estrategia de exposición se fundamenta en el concepto de que las personas que enfrentan dificultades durante el duelo suelen evitar enfrentar la pérdida, ya sea de manera explícita o mediante procesos cognitivos (Boelen, van den Bout, Bonanno, Eisma, citado en Eisma et al, 2015). La hipótesis es que al evitar se impide la integración de la pérdida en la memoria autobiográfica (Boelen, van den Hout y van den Bout, citado en Eisma et al, 2015) o la aceptación de la pérdida (Stroebe, Worden, citado en Eisma et al, 2015). Por este motivo, enfrentar a la persona en duelo con los aspectos más dolorosos de la pérdida podría promover una mayor aceptación y facilitar su adaptación al duelo (Eisma et al, 2015).

La activación conductual se apoya en la noción de que los individuos que enfrentan complicaciones en el duelo tienden a volverse más inactivas y a alejarse de las actividades sociales, laborales y recreativas (Boelen, Eisma, van den Bout, citado en Eisma et al. 2015). Esta disminución en la actividad resulta en menos oportunidades para desafiar las creencias negativas que suelen surgir después de perder a un ser querido, lo que intensifica los sentimientos negativos y agrava las dificultades del duelo. En consecuencia, se sugiere que fomentar la participación en actividades que las personas en duelo consideran significativas puede ayudar a contrarrestar estas creencias negativas y mejorar su estado de ánimo, reduciendo así las respuestas patológicas al duelo (Eisma et al, 2015).

Este tratamiento incluye tres elementos fundamentales para abordar los síntomas del duelo complicado: la exposición para enfrentar y reducir las conductas de evitación, la reestructuración cognitiva para modificar las creencias disfuncionales, y la

activación conductual para fomentar la participación en actividades que puedan mejorar el estado emocional (Reitsma et al., 2023).

Modelo Cognitivo.

Principio de las cuatro tareas de duelo de Worden. Worden desde esta perspectiva, el duelo se considera un proceso en constante cambio en lugar de un estado fijo, cuando se experimenta la muerte de un ser querido se necesitan realizar ciertas tareas para elevar el ánimo. Esto implica incluir a la familia y a la sociedad debido a que cuando no se acepta la realidad de la haber sufrido una pérdida, la persona lucha consigo mismo y no desarrolla las adecuadas habilidades de afrontamiento (Worden, citado en Aguinaga y Perez, 2022). Worden propone 4 tareas que las personas en duelo deben realizar para restablecer el equilibrio, la primera tarea es aceptar que realmente ha sucedido la pérdida, la segunda tarea es superar el dolor que provoca la pérdida, tercera tarea es adaptarse en un entorno en el que la persona fallecida ya no se encuentra y la cuarta tarea es establecer una conexión emocional adecuada con la persona que ha fallecido y esto también le permite seguir viviendo (Domínguez, et al., 2023).

Modelo del Apego. Uno de los aportes principales de Bolwby fue el brindar una base biológica a la respuesta del duelo. Los mecanismos que utiliza una persona para adaptarse a la pérdida son el llanto y la búsqueda del fallecido, que las personas lo realizan con el fin de recuperar el equilibrio y en un intento por recuperar la figura del apego. Muchos investigadores indagaron sobre la relación entre el apego adulto y

apego infantil con la adaptación al duelo, encontraron que es más probable tener trastorno de duelo prolongado sí se tiene problemas de apego (Sroufe et al., 2018).

Shear y Shair (citado en Maccallum y Bryant, 2013) manifiestan que cuando la figura de apego fallece, ocurre un desajuste temporal entre la representación mental de la figura y la realidad de su muerte. El estrés provocado por el duelo estimula el sistema de apego, pero, por la falta de la figura de apego se impide que haya una adecuada regulación emocional, como pensamientos intrusivos sobre la persona perdida, sensación de incredulidad ante pérdida e inhibición de un adecuado ajuste hacia una vida sin la persona querida, lo cual favorece a la aparición de síntomas de trastorno de duelo prolongado. Los síntomas se resuelven cuando la persona integra el duelo en su memoria a largo plazo y se modifica la representación del apego (Shear y Shair, citado en Nam, 2016).

Modelo del duelo centrada en el significado. Se enfoca en los desafíos para encontrar significado y el propósito, se pueden encontrar por medio de fuentes de significado como relaciones, actividades, roles y experiencias puesto que pueden dar oportunidades para las personas en duelo se sientan ellos mismos y también les ayudan a superar momentos de sufrimiento. Un punto importante en este modelo es el principio de que los individuos tienen la libertad de elegir la actitud que desean tener frente al sufrimiento, y que esta actitud puede ser una fuente de significado en sí misma. Además, adiciona principios de reconstrucción de significado, enfatizando en ayudar a los dolientes a encontrar significado a la pérdida y a sus vidas después de ella y reconstruir el vínculo con la persona fallecida para reafirmar la seguridad del apego o

abordar asuntos pendientes. Esto se puede lograr gracias a los ejercicios experienciales que ayudan al procesamiento emocional, integración de la pérdida y el desarrollo de la tolerancia al malestar (Lichtenthal et al., 2019).

Modelo metacognitivo para el trastorno por duelo prolongado. El modelo metacognitivo indica que los trastornos psicológicos se dan debido a los pensamientos negativos repetitivos sobre una creencia que la persona percibe creando de esta manera un sesgo atencional por enfocarse constantemente en la creencia. Por esta razón, los individuos que tienen un alto nivel de pensamientos negativos repetitivos tienen menos posibilidades de desarrollar adecuadas estrategias de afrontamiento y más posibilidades de desarrollar el síndrome de atención cognitiva. El síndrome de atención cognitiva abarca la preocupación o rumia, seguimiento de amenazas y comportamientos de afrontamiento desadaptativos e intensifica la angustia psicológica (Wenn et al., 2015).

La rumiación es un factor que está muy presente en el TDP, por lo tanto, con el modelo metacognitivo se trabaja desde la modificación de este estilo de pensamiento que no es funcional. Este modelo se complementa con el modelo de procesamiento dual del duelo, permitiendo que la persona se adapte progresivamente a la pérdida (Wenn et al., 2015).

1.2.4 Trastorno Duelo Prolongado

El concepto de TDP ha generado mucho debate, en relación con su inclusión o no DSM-5-TR y el CIE 11. Sin embargo, actualmente este nuevo diagnóstico está incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la

Salud, 11ª edición (ICD-11) y en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su versión 5 revisada (DSM-5-TR). Por lo tanto, en los siguientes apartados se realizará la caracterización del duelo según el CIE 11 y DSM 5 TR, ya que, son necesarios para orientar al profesional sobre determinadas características y ayudar a definir un diagnóstico.

Trastorno de Duelo Prolongado (CIE 11). El TDP se encuentra dentro del grupo de Trastornos específicamente relacionados con el estrés. Se caracteriza por tener al menos uno de los dos síntomas característicos como anhelo persistente y generalizado por el fallecido o preocupación persistente y generalizada por la persona perdida. Estos síntomas son acompañados con dolor emocional intenso como tristeza, culpa, enojo, negación, culpa. También existe complicaciones para aceptar la pérdida del ser querido y que el doliente siente haber perdido una parte de sí mismo, hay entumecimiento emocional y dificultades para involucrarse en actividades sociales. En cuanto al criterio de tiempo y deterioro se considera normal dentro de los 6 meses después de la pérdida, si excede de ese límite se puede asignar el diagnóstico; sin embargo, se debe tener en cuenta el contexto y normas culturales y religiosas. El deterioro que puede causar este trastorno, son en las áreas personal, familiar, social, educativo, ocupacional, entre otras (Killikelly et al., 2017; CIE-11, 2019-2021, Eisma, 2023).

Trastorno de Duelo Prolongado (DSM-5-TR). En el 2022 se publicó DSM-5-TR de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría que agrega el TDP. Este nuevo diagnóstico fue revisado en conjunto con los autores de la CIE-11 y se han presentado

nuevos criterios de diagnóstico para el TDP (WHO, citado en Levy, 2022; Prigerson et al., 2022). En cuanto al tiempo, debe ser al menos 12 meses después de atravesar la pérdida, también debe tener al menos uno o ambos de los dos síntomas característicos como anhelo persistente o preocupación por pensamientos o recuerdos del ser querido. Después del fallecimiento, la persona tiene al menos 3 de los 8 síntomas como alteración de la identidad, creer que no es verdad la muerte, evita recordar que su ser querido ya no está físicamente, siente dolor emocional intenso, complicación para volver integrarse a la vida, entumecimiento emocional, sentimientos de que la vida ya no tiene sentido y sentirse solo. La pérdida provoca deterioro en distintas áreas funcionales. La gravedad del duelo sobrepasa las normas sociales y culturales. Además, algo importante que recalcar es que se menciona que los síntomas TDP, no se explica por otros trastornos (Asociación Estadounidense de Psiquiatría citado en Prigerson et al., 2021).

Comorbilidades o Diagnósticos Diferenciales. Es importante resaltar que, aunque el trastorno de duelo prolongado comparte ciertas características con el trastorno de estrés post-traumático y depresión, pero son distintos y a menudo comórbidos (Comtesse et al., 2020). El duelo prolongado y los trastornos depresivos tienen en común la tristeza, llanto y pensamientos suicidas, pero se diferencia debido a que el duelo se centra en la pérdida. Con el TEPT, en ambos puede haber pensamientos intrusivos y evitación, pero en el duelo estos pensamientos están relacionados con la persona fallecida, como los elementos favorables de la relación y la incomodidad provocada por la separación. La evitación al igual que con el TEPT, se manifiesta al

evitar recordatorios internos y externos de la experiencia traumática; sin embargo, para el duelo se suma la preocupación por la pérdida y añoranza del fallecido (DSM 5, 2014).

1. 3 Factores que influyen en Trastorno de Duelo Prolongado

Hay diversos factores que impactan en el proceso de elaboración de duelo y factores de riesgo que puede conllevar a una persona a desarrollar trastorno de duelo prolongado.

Diversas investigaciones brindan ejemplos sobre factores de riesgo que pueden ocasionar TDP, entre ellas se encuentran la circunstancia de la muerte, muertes repentinas o inesperadas que aparentemente son aleatorias e inevitables, personas muriendo solas, restricciones para visitar al familiar, contexto de la muerte, políticas de distanciamiento social que afectan funerales, entierros, rituales de despedida y apoyo a los dolientes por su comunidad o familiares. También influye la poca o nula comunicación que tienen los familiares con los profesionales de la salud, lo cual les impide conocer el estado de salud del enfermo (Goveas et al., 2020).

El hecho de que los familiares no puedan estar presente en el momento que ocurre el fallecimiento suele intensificar el dolor y a ello se suma la imposibilidad de celebrar funerales y velorios, por esta razón se dificulta cerrar emocionalmente la etapa de duelo, también que estos rituales funerarios son relevantes para el ajuste afectivo de los deudos y se ha comprobado que si las personas tienen un rol activo en la planificación del funeral, logran mejores resultados en la adaptación al duelo (Moriconi et al., 2020;

Gesi et al., 2020) . Además, se encuentran las preocupaciones por el desempleo, sentimientos de inseguridad, preocupación e inseguridad financiera, consecuencias de la muerte, estar solo, miedo a la contaminación y tener a otros a quienes cuidar. Otros factores son la baja autoestima, los problemas previos de salud mental y ausencia de recursos económicos (Sun, et al., 2020).

Asimismo, los sentimientos de culpa y los síntomas postraumáticos pueden ser factores de riesgo (Rubin citado en Diolaiuti, et al, 2021). En medio de la pandemia, los familiares pueden tener sentimientos de culpa por creer que debieron esforzarse más para ver a su ser querido mientras estaban hospitalizados o por no cuidar la comodidad y dignidad de su familiar durante la hospitalización (Gesi citado en Diolaiuti, et al, 2021).

En el metanálisis realizado por Bur et al. (2024) investigaron sobre los elementos que aumentan el riesgo de síntomas de TDP. Los resultados fueron los síntomas de duelo antes a la pérdida y los síntomas depresivos también antes a la pérdida, ciertas relaciones con el fallecido como la muerte de una pareja o de un hijo, alta ansiedad de apego, una muerte violenta o antinatural por ejemplo suicidio, asesinato y muerte por desastre natural, una muerte inesperada, el género femenino, nivel educativo bajo, bajos ingresos, soltería, número múltiple de pérdidas y la religiosidad.

1.3.1 Factores de Protección para Trastorno Duelo Prolongado

Algunos factores de protección son afrontamiento orientado en la acción, confianza en uno mismo, sentimientos de valía, poder resolver problemas y para

encontrar sentido a la experiencia, espiritualidad, habilidades de comunicación, autocompasión y conciencia plena (Alonso et al.,2022 y Alonso et al., 2021). Otros factores de protección son la satisfacción con los cuidados paliativos, apoyo social, elevada espiritualidad previa a la pérdida como búsqueda y construcción de un significado existencial también la espiritualidad ayudar a dar un sentido a la muerte, cambios en la identidad y reintegración social. Adicional a estos factores, la religiosidad, la utilización de cuidados paliativos disminuyó el miedo a la muerte y la flexibilidad psicológica que tiene que ver con tener contacto con los pensamientos, sentimientos, sensaciones y recuerdos angustiantes sin intentar cambiarlos, evitarlos o desecharlos (Mason et al., 2020; Diolaiuti et al., 2021).

1.4 Impacto de la variable

Algunas reacciones fisiológicas y comportamentales que suceden ante el duelo son fatiga, pérdida de apetito, alteraciones de sueño y agitación. También las personas pueden experimentar ideación suicida, ansiedad, depresión, culpa e ira (Waller et al.,2016).

Las personas con TDP tienen gran probabilidad de sufrir algún trastorno mental como por ejemplo ansiedad, depresión además este trastorno conduce a un deterioro psicosocial, la cual incluye tendencias suicidas, aislamiento social y abuso de sustancias. También se le ha asociado con problemas cardíacos como síndrome coronario agudo y miocardiopatía de Takotsubo, hipertensión, tasas mayores de

hospitalización y baja calidad de vida (Sun et al., 2020; Supiano et al., 2014; Bryant et al., 2014; Mughal, et. al, 2023).

Es decir, el TDP es un trastorno mental grave, en el que el paciente puede sufrir angustia intensa, mala salud física, reduce la esperanza de vida y riesgo de suicidio. También impacta en la funcionalidad de la persona (Prigerson et al., 2022; Stegmeir, 2023). Además, las situaciones que se vivieron por el Covid-19 como el aislamiento social y soledad, dificultaban el procesamiento de duelo, contribuyó a niveles elevados de síntomas de TDP (Harrop et al., 2023).

1.5 Evaluación psicológica relacionada con la variable

Instrumentos.

Existen instrumentos enfocados a medir el duelo complicado a nivel nacional e internacional.

Escala de Trastorno de Duelo Prolongado (PG-13). Este instrumento se usa para evaluar el diagnóstico y gravedad del TDP. Para que se pueda diagnosticar este trastorno, debe cumplir con cinco criterios: a) duelo por la muerte de un ser cercano, b) angustia por separación, c) el duelo tenga una duración mayor a 6 meses, d) tener síntomas cognitivos, emocionales y funcionales. El PG-13 tiene 13 ítems, 11 de estos examinan síntomas cognitivos, conductuales y emocionales que hayan tenido los dolientes durante el último mes. Las 2 preguntas restantes fueron acerca de duración y deterioro. Utiliza una escala Likert de 5 puntos, 1 significa nada. La puntuación total resulta de sumar todos los puntos, el rango es de 11 a 55. Las puntuaciones altas señalan

que hay síntomas elevados de TDP. Asimismo, se demuestra que tiene buena consistencia interna y validez. Ha sido validado para una población sueca de padres en duelo (Wenn et al.,2019; Eklund et al.,2022; Lichtenthal et al., 2019). Se adaptó a población alemana (Rosner et al., 2014).

Inventario de Duelo Complicado (ICG). El propósito de este instrumento es evaluar los síntomas asociados al duelo distinguiendo entre casos ‘normales’ y ‘complicados’. Consta de 19 ítems en formato Likert que mide la duración de cada síntoma, con respuestas que oscilan entre 0 (Nunca) a 4 (Siempre). Se estableció que puntajes mayores a 25 indican ‘duelo complicado’ y en relación a las propiedades psicométricas tiene elevados niveles de consistencia interna ($\alpha=.94$) y de fiabilidad test-retest ($r=.8$). Fue traducido al alemán y traducido al inglés por un hablante nativo de inglés para garantizar que haya una traducción correcta (Rosner et al. 2014). También hay adaptaciones en muestras alemanas, chinas (Baumann et al., 2020, Chow et al., 2019). Fue adaptado al español por Limonero y Maté en el año 2009, en esta versión se identificaron 3 factores “Recuerdos del difunto” , “sensación de vacío” y “presencia-vivencia con la persona fallecida”, las propiedades psicométricas fueron buenas mostrando una consistencia interna de 0.88 alfa de Cronbach y una confiabilidad test-retest de 0.81 Para adaptar el instrumento a la población colombiana, se le sometió a método de jueces para evaluar el contenido y el ajuste cultural. Los análisis psicométricos mostraron una consistencia interna parecida al instrumento original y superior a la española, así como buena estabilidad a lo largo del tiempo. También se encontraron asociaciones positivas con pruebas de depresión y ansiedad usadas para

evaluar la validez convergente y tres factores significativos ‘Alteración emocional y falta de aceptación’, ‘Vacío, aislamiento y sin sentido’ y ‘Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo’ (Gamba et al., 2017).

En Perú, el año 2022, el instrumento fue validado, en una población de 995 adultos de Lima Este, compuesto por seres queridos de los fallecidos por la pandemia, con una buena validez de contenido y de constructo, así también una confiabilidad adecuada. (Aguinaga et al., 2022) También fue validado en una muestra de 281 adultos que residen en Lima que han experimentado una pérdida de un ser querido, de igual manera encontraron confiabilidad y validez adecuados (Castillo et al., 2022).

Escala de Rumia de Duelo de Utrecht (UGRS). La escala de Rumia de Duelo de Utrecht (UGRS) mide la rumiación específica del duelo, el pensamiento recurrente y repetitivo sobre los factores que provocaron la pérdida y sus consecuencias, además de las emociones relacionadas al fallecimiento. Este instrumento está compuesto por 15 ítems de escala tipo Likert con opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) al 5 (Muy a menudo). Tiene cinco subescalas, 1) pensamientos sobre las consecuencias y significado de la pérdida; 2) pensamientos sobre apoyo social; 3) preguntas de qué pasaría si; 4) preguntas y pensamientos sobre los sentimientos. La puntuación total, se puede obtener sumando las subescalas (rango 15-75). El UGRS ha demostrado tener buena confiabilidad, alta consistencia interna y validez. Ha sido validada en población holandesa, inglesa, alemana, australiana, sueca y china. (Eisma. et al., 2015; Wenn et al., 2019; Doering et al., 2018; Sveen et al., 2019; Tang et al., 2019).

Cuestionario de Experiencia de Duelo (GEQ). El GEQ es un instrumento para medir varios componentes del duelo. Está compuesto por 55 ítems y 8 subescalas: 1) reacciones somáticas y reacciones que se han asociado con duelo después del suicidio, 2) búsqueda de explicación, 3) estigmatización, 4) culpa, 5) responsabilidad, 6) vergüenza/incomodidad, 7) rechazo/abandono y 8) comportamiento autodestructivo. Para obtener la puntuación final, se suman los 8 subescalas, es de tipo Likert de 5 puntos. La adaptación alemana presenta excelente consistencia interna y las subescalas de aceptable a buena ($\alpha = .73-.88$), menos la conducta autodestructiva con una consistencia interna (Treml et al., 2021).

1.6 Aplicabilidad a la realidad peruana de los hallazgos obtenidos

En el Perú, según datos del 2022 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la mortalidad ha aumentado en los últimos años debido a la pandemia, por lo que muchas personas y familias están atravesando por un duelo. El proceso de duelo en este contexto se ha vivido de forma anormal, ya que, han sufrido la pérdida de manera más aguda (Araujo et al., 2021). Algunas situaciones fueron distanciamiento social, falta de funerales y entierros, poca presencia de familia, entre otras series de restricciones. Todo ello, son elementos que aumentan el riesgo para desarrollar TDP (Shahini, et. al, 2022; Munch, et. al 2020). Por todo ello, algunas investigaciones a nivel nacional que indagaron sobre el duelo en pandemia, han hallado que la mitad de la muestra que estudiaron, tienen elevados índices de duelo o duelo complicado (Mestanza, 2020; Caballero y Landauro, 2024).

Asimismo, la muerte en el contexto nacional se vive a través de rituales, estos son ancestrales y ayudan a la población brindando un espacio de terapia, de perdón y para encontrar sentido (Gavilán, 2023). Los rituales son importantes para una persona que está atravesando por un duelo, ya que, brindan beneficio psicológico a los dolientes, también funciona como interacción simbólica con el ser querido fallecido y es un lugar para expresar las emociones. Además, tiene un componente social que es de gran utilidad en esta etapa (Wojtkowiak et al., 202; Vergara, 2021).

El duelo y los rituales están ligados a la cultura. Muchos rituales en el Perú están relacionados con la religión, teniendo en cuenta que más del 50% de la población peruana practican alguna religión como católica, evangélica, entre otras (INEI, 2018). Estos rituales suelen ser rezar, asistencia a la iglesia, misas conmemorativas (Durán, 2019).

Por otro lado, actualmente en el Perú, encontramos guías mayormente sobre duelo y planes de trabajo para acompañamiento a familiares que estén atravesando por un duelo.

Una guía fue realizada por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, el cual titula “Superando las pérdidas: pautas para manejar el duelo”, el cual define el duelo y explican el conocido modelo de Kubler-Ross, manifestaciones físicas de duelo y cuenta con un apartado para poder identificar si una persona está atravesando por un duelo prolongado y tiene algunos consejos basados en las tareas de Worden para afrontar la pérdida.

Otra guía técnica fue elaborada por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2020, titulada “Cuidado de la Salud Mental en la población afectada, familia y comunidad, en el contexto de COVID-19.” En dicho documento en relación al Duelo, brindan algunas recomendaciones para el personal de salud para acompañar a los dolientes utilizando el modelo de fases de Kubler-Ross.

En plan de trabajo, tenemos el realizado por el Hospital Cayetano Heredia, titulado “Apoyo psicoemocional en el proceso de duelo a la familia del paciente fallecido por covid 19, mediante videollamadas” realizado en el 2020.

En esa misma línea, actualmente existe un proyecto de ley de duelo prolongado. Esta ley busca reconocer el derecho de los dolientes que sufrieron pérdidas de seres queridos por Covid-19 para rehabilitar su salud mental por estar afligidos por duelo prolongado. Este proyecto indica que todas las personas que tengan que exhumar los cuerpos para identificar a sus seres queridos, debido a una mala gestión o manipulación del cadáver en el centro de salud tienen derecho a que el estado les proporcione rehabilitación de duelo prolongado.

II. ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE

2.1 Métodos de estudio del tema

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo y de tipo documental, la investigación documental según Alfonso (citado en Morales, 2003) es un procedimiento de búsqueda o indagación, recolección, análisis e interpretación de información sobre un tema que se obtuvieron de distintas fuentes.

Para realizar la investigación, primero se hizo una revisión bibliográfica sobre intervenciones psicológicas para el Trastorno de Duelo Prolongado que se han llevado a cabo en los últimos diez años; con el objetivo de analizar el impacto teórico y social de las intervenciones psicológicas para el tratamiento en el Trastorno de Duelo Prolongado.

La búsqueda de investigaciones, se realizó tanto a nivel nacional como internacional, para ello se utilizó las bases de datos electrónicas: SCIELO, REDALYC, PUBMED, GOOGLE ACADÉMICO, ALICIA y PUBPSYCH. Las palabras clave fueron “psychological interventions in grief”, “treatment for grief”, “complicated duel”, “Prolonged Grief Disorder”, en español fueron “Intervenciones psicológicas para duelo prolongado”, “duelo prolongado” y “duelo complicado”. Desde el comienzo la búsqueda se limitó a 10 años. El periodo de recolección fue desde el mes de setiembre del año 2020 al mes de diciembre del año 2023. La distribución según las bases de datos fue: SCIELO (7), REDALYC (2 822), GOOGLE ACADÉMICO (7 110), PUBMED (1 403), ALICIA (6) y PUBPSYCH (916).

Los criterios de inclusión que se han aplicado en la presente revisión documental fueron: investigaciones desde el año 2013 al 2023 que estudien Trastorno de Duelo Prolongado que tengan como población de estudio adultos y adultos mayores, cualquier tipo de muerte, estudios cuantitativos, que en los estudios el trastorno de duelo prolongado se mida con un instrumento, la investigación se encuentra en revistas indexadas, que corresponden al cuartil uno (Q1) o cuartil dos (Q2) del Ranking de Revistas Académicas de SCIMAGO ello para evaluar calidad de las investigaciones basándose en la cantidad de citas obtenidas por cada publicación y por último que las investigaciones estén en idioma español o inglés.

Los criterios de exclusión fueron investigaciones que estudien solo duelo, población de estudio niños y adolescentes, protocolos de estudios, manuales e intervenciones de casos.

Finalmente, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se recolectaron 24 investigaciones, siendo 19 recogidas de la base electrónica PUB MED y 5 de PUBPSYCH. Es importante destacar que, hasta el momento de esta investigación, no se ha encontrado intervenciones para el Trastorno de Duelo Prolongado en el Perú. A nivel de Latinoamérica se encontró solo una intervención.

En lo cuanto a las consideraciones éticas, en la presente se cumplió con el principio de verdad. En primer lugar, con el programa Turnitin, se identificó el nivel de similitud con otras publicaciones académicas obteniendo un porcentaje menor al porcentaje máximo establecido por la Universidad, por lo cual se asegura que la información es

verdadera y que se protege la propiedad intelectual. Asimismo, se utilizaron fuentes de información confiables y se citaron correctamente, con el fin de respetar los derechos de autoría. Además, se respetó el principio de justicia, realizando la búsqueda de información en diversos repositorios y bases de datos electrónicos y utilizando artículos de revistas científicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para tener conocimiento acerca de las intervenciones sobre el trastorno de duelo prolongado, se realizó una búsqueda de estudios, los cuales 19 fueron cuantitativos longitudinales de tipo experimental con un diseño llamado Ensayo Clínico Aleatorio, el cual se usa para evaluar la eficacia de un tipo de intervención frente a otro tipo de intervención o con un grupo control (Ledesma et al., 2013). Además, 3 estudios con diseño ensayo piloto controlado y 2 estudios piloto. En total se ha revisado y analizado 24 estudios.

Tabla 1

Investigaciones de tipo ensayo aleatorizado controlado

Población	Referencia
Mujeres mayores de 60 años con puntaje alto en el ICG o PG-13	Tratamiento del duelo complicado para adultos mayores: el papel fundamental de una persona solidaria (Nam, 2016) Intervención grupal de duelo de proceso dual (DPBGI) para adultos mayores viudos (Chow, et al., 2019)

Población	Referencia
Mujeres mayores de 60 años con puntaje alto en el ICG o PG-13	Tratamiento del duelo complicado en personas mayores. Un ensayo clínico aleatorizado (Shear et al., 2014)
	Duelo complicado en adultos mayores: un ensayo controlado aleatorio de terapia grupal de duelo complicado (Supiano et al., 2014)
	Ensayo controlado aleatorio de una intervención narrativa cognitiva para el duelo complicado en la viudez (Barbosa et al., 2013)
La mayoría eran hombres mayores de 60 años con puntaje alto en el ICG	Efecto de un tratamiento breve basado en la familia sobre el duelo complicado en adultos mayores en duelo (Nam, 2018)
La mayoría eran mujeres adultas entre los 34 años y 59 años, nivel elevado de duelo complicado o que	Exposición basada en Internet y activación conductual para el duelo y la cavilación complicados: un ensayo controlado aleatorio (Eisma et al., 2015)
cumplen criterios de duelo complejo persistente	Tratamiento del trastorno de duelo prolongado: Un ensayo clínico aleatorizado (Bryant et al., 2015)
	Intervención basada en la web asistida por un terapeuta para el trastorno de duelo prolongado después de un duelo por cáncer: ensayo controlado aleatorio (Kaiser et al., 2022)
	Eficacia de una terapia de duelo cognitivo-conductual basada en Internet para personas en duelo por suicidio: un ensayo controlado aleatorio (Trembl et al., 2021)

Población	Referencia
<p>La mayoría eran mujeres adultas entre los 34 años y 59 años, nivel elevado de duelo complicado o que cumplen criterios de duelo complejo persistente</p>	<p>La eficacia y usabilidad de una intervención de duelo no guiada basada en la web para adultos que perdieron a un ser querido durante la pandemia de COVID-19: ensayo controlado aleatorio (Dominguez et al., 2023)</p> <p>Efectividad de una terapia grupal cognitivo-conductual para el duelo complicado en familiares de pacientes con cáncer: un ensayo clínico aleatorizado (Lacasta & Cruzado, 2023)</p> <p>Terapia cognitivo-conductual en línea para el duelo prolongado después de una pérdida traumática: un ensayo aleatorio controlado en lista de espera (Lenferink et al. 2023)</p> <p>Duelo prolongado, estrés postraumático y depresión entre padres en duelo: prevalencia y respuesta a un programa de intervención (Baumann et al., 2020)</p> <p>Eficacia de un tratamiento ambulatorio para el trastorno de duelo prolongado: un ensayo clínico controlado aleatorio (Rosner et al., 2014)</p> <p>Tratamiento autoguiado en línea del duelo perturbado, el estrés postraumático y la depresión en adultos en duelo durante la pandemia de COVID-19: un ensayo controlado aleatorio (Reitsma et al., 2023)</p> <p>Una intervención breve basada en Internet reduce el estrés postraumático y el duelo prolongado en los padres después de la pérdida de un hijo durante el embarazo: un ensayo controlado aleatorio (Kersting et al., 2013)</p>

Población	Referencia
<p>La mayoría eran mujeres adultas entre los 34 años y 59 años, nivel elevado de duelo complicado o que cumplen criterios de duelo complejo persistente</p>	<p>Eficacia de una intervención grupal en línea tras el duelo por suicidio: un ensayo controlado aleatorizado (Wagner et al., 2022)</p>

Nam (2016): Esta investigación cuantitativa longitudinal que utilizó un diseño de ensayo aleatorio, en el país de Corea del Sur. Los participantes fueron reclutados de dos centros comunitarios para personas adultas mayores y de un servicio especializado de cuidados de personas con enfermedades terminales, en total fueron 89 adultos mayores, 43 varones y 46 del género femenino con edad promedio de 67,45. El grupo fue asignado al azar, 45 a CGT y 44 a SC. El autor capacitó a seis terapeutas que contaban con maestría y doctorado en los protocolos CGT y SC. Finalmente, cuatro terapeutas realizaron CGT y dos terapeutas realizaron SC. Los criterios para ser considerado dentro del estudio fueron que los participantes debían haber experimentado la pérdida al menos 6 meses antes del comienzo de la investigación y que no tomaran medicación para problemas de salud mental. El autor realizó una entrevista semi-estructurada para obtener los datos demográficos. La intervención para ambos grupos duró 8 semanas aproximadamente y cada sesión tenía una duración de 2 horas. Los instrumentos utilizados fueron Geriatric Depression Scale (GDS), Work and Social Adjustment Scale adjusted for older adults (WSAS) y Inventory of Complicated

Grief (ICG), la fiabilidad de todos los instrumentos es alta. Las evaluaciones se dieron en 4 momentos antes, durante, después de la intervención y se realizó seguimiento.

Chow, et al. (2019): Otra investigación con diseño ensayo controlado aleatorio por grupos, realizada en Hong Kong. En esta investigación la aleatorización se dio por medio de centros en vez de individuos, es decir, todas las personas de un centro fueron asignadas a una misma condición. Los dos grupos de intervención fueron el grupo experimental y el grupo control. El grupo de intervención experimental se fundamenta en el modelo de proceso dual, cuyos componentes son orientación a la restauración y orientación a la pérdida y también en la oscilación. La intervención de control fue una intervención orientada a la pérdida. En total fueron 125 personas, siendo mayoritariamente mujeres y con una edad promedio de 74. Los criterios para poder estar del dentro del grupo de estudio fueron mayores de 60 años, que el cónyuge haya fallecido entre los 2 años anteriores, personas con puntajes altos en el Inventario de Duelo Complicado. Los criterios de exclusión fueron que hayan tenido una pérdida de un hijo o padre dentro de los 2 años anteriores, haber contraído nuevamente matrimonio después de la pérdida, vivir en un lugar alejado del centro, recibir tratamiento psiquiátrico antes de la muerte de la pareja y discapacidad del funcionamiento mental. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron Chinese Inventory of Complicated Grief para medir las reacciones de duelo que la versión china para una muestra de adultos mayores tiene buena confiabilidad interna. Las reacciones emocionales como síntomas de depresión y ansiedad fueron evaluadas por la versión china de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) que tiene buena confiabilidad. La soledad se

midió con la versión china de De Jong Gierveld Loneliness Scale que tiene alta confiabilidad. El apoyo social se midió con el Inventory of Social Support. Las evaluaciones se dieron en tres momentos antes, después de haber aplicado el tratamiento y, por último, luego de 16 semanas en el seguimiento

Shear, et al. (2014): Otro estudio longitudinal con diseño de ensayo clínico aleatorizado realizado en Estados Unidos. Los participantes fueron reclutados en una clínica universitaria, gran parte de la población de estudio fueron mujeres con una edad promedio de 66 años y con nivel educativo alto. Fueron 5 trabajadores sociales clínicos autorizados, 2 trabajadores sociales con doctorado, 2 estudiantes de doctorado en psicología y 5 psicólogos con doctorado quienes administraron CGT e IPT. Los criterios de inclusión fueron que las personas obtengan un puntaje de al menos 30 en el ICG y además en la entrevista clínica que se les realizó se debía confirmar los síntomas de duelo prolongado, también se permitió el uso de antidepresivos y ansiolíticos sí tenían un uso continuo de 3 meses sin modificación de dosis durante al menos de 6 semanas. Los criterios de exclusión fueron personas que abusen de sustancias, antecedentes de trastorno psicótico, trastorno bipolar, tendencias de acabar con su propia vida, puntuación en el Mini-Mental State Examination menor de 24, o un juicio en espera o reclamo de invalidez asociado con la muerte o que estaban en psicoterapia. Los participantes fueron 151, de los cuales 74 estuvieron en el grupo que se le brindó CGT y 77 en el grupo de IPT. Los instrumentos utilizados Columbia Suicide Severity Rating Scale, CG-focused CGI-I, Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis I Disorders, Work and Social Adjustment Scale, Grief-Related

Avoidance Questionnaire Y Beck Depression Inventory. Las evaluaciones se realizaron al inicio del tratamiento, a las 8, 16 y 20 semanas después de la primera sesión.

Supiano y Luptak (2014): Otra investigación con diseño ensayo controlado aleatorio realizado en Estados Unidos. Las personas que formaron parte de la investigación fueron seleccionados por medio de anuncios en *Caring Connections: A Hope and Comfort in Grief Program*, al final fueron 55 y se dividieron en 2 grupos, estos grupos se dividieron en 4 subgrupos, la mayoría de los participantes fueron mujeres. Los 2 primeros subgrupos de 22 participantes fueron asignados 11 al grupo control (TAU) y 11 al grupo experimental (CCGT). El segundo grupo de 17 personas, 8 fueron para el grupo control (TAU) y 9 para el grupo experimental (CCGT). Los requisitos para incluir en el estudio fueron tener 60 años o más, que un familiar o amigo haya fallecido 6 meses antes del reclutamiento. Los criterios de exclusión fueron tendencias suicidas, abuso de sustancias y demencia positiva. Las sesiones fueron 16 de 120 minutos cada uno y hubo seguimiento. Los instrumentos fueron Brief Grief Questionnaire (BGQ) que tiene alta confiabilidad y alta validez discriminante, Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13) que tiene elevada consistencia interna, confiabilidad test-retest, validez convergente y de criterio, otro instrumento fue The Beck Depression Inventory—second edition (BDI-II) que tiene alta confiabilidad, consistencia interna y confiabilidad test-retest, The Beck Anxiety Inventory (BAI) tiene alta confiabilidad de la consistencia interna y confiabilidad test-retest, el Mini-Cog™ screen y The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS-Screening

version) que tiene alta validez predictiva, discriminante, convergente, y confiabilidad entre evaluadores.

Barbosa, et al. (2013): Otro estudio longitudinal cuantitativo con diseño de ensayo controlado aleatorio, realizado en Portugal. Se reclutaron ancianos de tres residencias de ancianos del norte de Portugal. Los participantes fueron 40 adultos mayores, siendo la mayoría mujeres y fueron asignados aleatoriamente 20 al grupo de tratamiento y 20 al grupo control. Los criterios de inclusión fueron que la pérdida del cónyuge haya sucedido hace más de medio año y que fueran mayores de 60 años. Los requisitos de no inclusión fueron personas con problemas de abuso de sustancias, síntomas psicóticos, depresión grave con riesgo de suicidio, demencia, dificultades auditivas graves, tratamiento actual en psicoterapia o medicación psicotrópica. El programa duró 4 semanas de 60 minutos cada sesión. Los instrumentos utilizados fueron Socio Demographic Questionnaire (SDQ), the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Impact of Events Scale-Revised (IES-R). Los instrumentos se aplicaron en tres oportunidades, antes, durante y 2 meses después de la intervención.

Nam (2018): Otra investigación cuantitativa longitudinal es la realizada en Corea del Sur, que utilizó un diseño de ensayo aleatorizado simple ciego. Los 29 participantes fueron referidos de 2 centros comunitarios para adultos mayores, fueron 14 del género femenino y 15 varones con edad promedio de 69.66, que perdieron hace poco tiempo a su cónyuge y que tuvieron dificultades en el área social y psicológica, siendo 15 los que recibieron FCGT y 14 recibieron ICGT. Los criterios de inclusión fueron

puntuación más alta que 25 en el inventario de duelo complicado y al menos haber sufrido la pérdida 6 meses antes del comienzo de la investigación. Los criterios de exclusión fueron alta ideación suicida, dependencia a sustancias y antecedentes de psicosis. Se realizaron 8 sesiones semanales durante 60 minutos. Además, las evaluaciones fueron antes y después de la intervención. Los instrumentos que se utilizaron fueron Inventory of Complicated Grief (ICG) y Work and Social Adjustment Scale.

Eisma, et al. (2015): Esta investigación cuantitativa longitudinal cuyo diseño fue un ensayo controlado aleatorio y fue realizada en Holanda. Los sujetos fueron seleccionados por anuncios en sitios web y grupos de Facebook de personas que estaban atravesando un duelo, en total fueron 47 mujeres las que participaron con una edad media de 45.7 y fueron asignadas a 3 condiciones, 18 a EX, 17 a BA y 12 a grupo de lista de espera. Las intervenciones duraron entre 6 a 8 semanas. Las terapias fueron administradas por dos psicólogos clínicos autorizados, con formación en Terapia Cognitivo Conductual. Además, recibieron capacitación adicional de 2 días en terapia de exposición a través de Internet y activación conductual para el duelo complicado. Los criterios de inclusión fueron haber atravesado por la muerte de un ser querido al menos 6 meses previos de iniciar la investigación, nivel elevado de duelo complicado y alto nivel de rumiación, comprender neerlandés, acceso a internet y conocimientos básicos para realizar tareas informáticas. Los criterios de exclusión fueron planes suicidas actuales, psicosis, esquizofrenia y trastorno disociativo. Los instrumentos utilizados para recuperar datos demográficos y asociadas con la pérdida

fueron autoconstruidos, además se usó el Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R), PTSD Symptom Scale (PSS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS) y Ruminative Response Scale (RRS), todos tienen buena fiabilidad y validez. Además, los instrumentos fueron administrados antes de la intervención, después y a los 3 meses se realizó seguimiento.

Bryant, et al. (2014): El estudio cuantitativo con diseño ensayo controlado aleatorio realizado en Australia. Los participantes fueron 80 personas, siendo la mayoría personas del género femenino con una edad media entre 51 y 54 años y fueron aleatorizados, perteneciendo 41 al grupo de TCC/terapia de exposición y 39 a TCC solo. La terapia de grupo fue brindada por 2 psicólogos clínicos con maestría, y las sesiones individuales fueron realizadas por 1 psicólogo clínico. Los criterios de inclusión fueron haber experimentado la pérdida al menos 12 meses antes del estudio y que la persona cumpliera los criterios de Trastorno de Duelo Prolongado. Los criterios de exclusión fueron antecedentes de psicosis, abuso de sustancias, TLP, ideación suicida, no poder comunicarse en inglés, ser menor de 17 años y mayor de 70 años. La intervención consistió en 10 sesiones grupales y 4 sesiones individuales semanales con una duración de una hora y después de medio año se realizó un seguimiento. Los instrumentos usados fueron Complicated Grief Assessment que se basa en el Inventario de Duelo Complicado, La Escala de PTSD, Mini-International Neuropsychiatric Interview (versión 5.5), Beck Depression Inventory (Second Edition), Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI), Credibility/Expectancy Questionnaire y The World Health Organization Quality of Life short-form assessment

(WHOQOL-BREF) este instrumento tiene buena validez discriminante, validez de contenido, consistencia interna y confiabilidad test-retest.

Káiser, et al. (2022): La investigación cuantitativa longitudinal con diseño ensayo controlado aleatorio realizada en Alemania. Los participantes fueron reclutados por medio de redes sociales, sitios web, grupos de apoyo, clínicas, prácticas académicas, organizaciones benéficas y compañías de seguros. En total la población de estudio estuvo integrada por 87 adultos, siendo 72 del género femenino y 14 varones con edad media de 47, 32 y fueron asignados de manera aleatoria al grupo de intervención o al grupo control en lista de espera. Los criterios de inclusión fueron que hayan sufrido duelo por cáncer hematológico u otro tipo de cáncer, puntuación alta en el Inventario de Duelo Prolongado, ser mayor de 18 años, hablar alemán con fluidez y tener acceso a internet. Los criterios de exclusión fueron estar en psicoterapia, algún cambio en la terapia psicofarmacológica en los últimos 6 meses, deterioro cognitivo o físico, depresión severa, ideación suicida, tendencia disociativa, psicosis, trastorno de estrés postraumático o trastorno por consumo de sustancias. El tratamiento tuvo una duración de 5 semanas y se realizó seguimiento a 3, 6 y 12 meses después de la intervención. Los instrumentos de medición fueron Inventory of Complicated Grief (ICG) para las reacciones de duelo, la depresión se midió con Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), la ansiedad se midió con Generalized Anxiety Disorder-7 scale (GAD-7), el estrés post traumático se midió con Impact of Event Scale–Revised (IES-R), el Crecimiento postraumático se midió con el Posttraumatic Growth Inventory (PGI), la Somatización se midió con Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), la calidad del sueño se midió

con Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) y la salud física y mental se midió con 12-item Short From Health Survey (SF-12).

Treml, et al. (2021): El estudio cuantitativo con diseño de ensayo controlado aleatorio realizado en Alemania. Los participantes fueron 58, siendo la mayoría mujeres y con edad promedio de 44 años, además fueron reclutados por medio de internet, enlaces y folletos, iglesias, grupos de apoyo, clínicas y consultorios médicos, comunidades en línea y blogs. Las personas fueron asignadas aleatoriamente en grupo de intervención en duelo cognitivo conductual basada en internet y grupo control. Los requisitos para que los sujetos puedan participar en el estudio fueron que tengan más de 18 años, estaban en duelo por un suicidio, hablen alemán, tener acceso a internet y cumplir los criterios de PGD. Los criterios de exclusión fueron llevar actualmente psicoterapia, tratamiento psicofarmacológico que haya cambiado en los últimos seis meses, antecedentes de síntomas psicóticos o disociativos, abuso de sustancias e ideación suicida. La intervención tuvo una duración de 5 semanas. La aplicación de los instrumentos se dio en 5 momentos, antes y cuando terminó la intervención y de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Los instrumentos fueron Inventory of Complicated Grief (ICG), Grief Experience Questionnaire (GEQ), Beck Depression Inventory (BDI-II) y Brief Symptom Inventory (BSI).

Dominguez, et al.(2023): Una investigación cuantitativa longitudinal con diseño de ensayo controlado aleatorio, realizado en España. Los participantes fueron reclutados por medio de redes sociales y se inscribieron en la plataforma Grief COVID. Para que puedan acceder a la intervención, las personas tenían que crear una cuenta en

la página web Duelo COVID-19. Los requisitos para que puedan participar en el estudio incluían ser mayor de 18 años, tener acceso a internet, tener una dirección de correo válida, hablar español, haber experimentado una pérdida en los últimos seis meses, tener síntomas de depresión, ansiedad o estrés y tener habilidades digitales básicas. Los criterios de no participación en la investigación fueron tener un diagnóstico de un trastorno psicótico, haber transcurrido más de seis meses de la pérdida, recibir tratamiento psicológico y/o farmacológico, puntuación de moderada a alta en la escala de riesgo de suicidio, intento de suicidio reciente y tener un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Los participantes fueron 114 y fueron asignados aleatoriamente 69 personas a un grupo control y 45 al grupo de intervención, siendo la mayoría mexicanos y mujeres. Los instrumentos que se utilizaron fueron The Inventory of Complicated Grief (ICG), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), The Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale (PSS), The Beck's Hopelessness Scale (BHS), The Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7), Plutchik Suicide Risk Scale (PSRS) y The System Usability Scale (SUS). Ambos grupos fueron evaluados en tres momentos, antes y después de terminar la intervención y tres meses después.

Lacasta y Cruzado (2023): El ensayo clínico aleatorizado, realizado en España. La población fue 249 personas, 133 sujetos fueron asignados a la condición CBGT y 116 a la condición PSDEEI. La edad promedio fue 59 años y la mayoría eran mujeres. Los requisitos para que los sujetos sean incluidos en la investigación fueron tener más de 18 años, hablar español, tener un familiar fallecido por cáncer hace 6 meses o más,

estar disponible para asistir a todas las evaluaciones o sesiones de tratamiento, además obtener 25 puntos o más en el Inventario de Duelo Complicado. Los criterios de exclusión fueron presentar trastornos psicopatológicos o encontrarse en tratamiento psiquiátrico, adicción a sustancias o estar en otro tratamiento de duelo. Los instrumentos utilizados fueron Inventory of Complicated Grief (ICGJ), depression Beck Depression Inventory (BDI-II], Beck Anxiety Inventory (BAI), y Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ28). Los instrumentos se aplicaron antes de las intervenciones, después de las intervenciones y a los 6 y 12 meses después del tratamiento. Las intervenciones fueron 16 sesiones semanales de 2 horas, durante 4 meses.

Lenferink, et al. (2023): Un ensayo cuantitativo longitudinal aleatorio controlado titulado realizado en los Países Bajos. Los participantes fueron reclutados por encuestas anteriores, a través de una carta de invitación de apoyo a la Víctimas, redes sociales o por recomendación de un familiar o amigo o por medio de la membresía de una organización de apoyo entre pares. Fueron 40 personas los reclutados, de edad media de 52 años y mayormente mujeres, 19 fueron asignados aleatoriamente a la condición de TCC en línea y 21 a la condición de control en lista de espera. Los criterios de inclusión fueron ser familiar, cónyuge o amigo de una persona que falleció en un accidente de tránsito al menos un año antes, tener mínimo 18 años, cumplir con los criterios del DSM-5 para probable trastorno de duelo complejo persistente PTSD y/o depresión. Los requisitos de no participación fueron no hablar holandés o tener acceso a internet. Los instrumentos utilizados fueron Traumatic Grief Inventory-Self Report

plus (TGI-SR+) usado para medir los síntomas de duelo complicado, los síntomas de estrés postraumático se midieron con la lista de verificación de PTSD para el DSM-5 y los niveles de síntomas de depresión durante la semana pasada se evaluaron con la subescala de depresión de la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS-D). Los instrumentos fueron aplicados por internet antes del tratamiento, después de finalizar la intervención y de seguimiento a las 8 semanas. El tratamiento tuvo una duración de 12 semanas.

Baumann, et al. (2020): Esta investigación realizada en Alemania. Los participantes fueron 323 padres en duelo. Entre los 323 participantes del estudio, 168 eran madres y 155 eran padres, los hijos tenían un promedio de edad de 6 años. La pérdida de los hijos fue a causa de accidente o enfermedad. Los criterios de inclusión fueron haber experimentado la muerte de un hijo y dominar el idioma alemán. Los instrumentos utilizados fueron el ICG versión alemana para evaluar los síntomas de duelo prolongado, teniendo consistencia interna alta. La depresión se midió con el The Patient Health Questionnaire, la consistencia interna de este instrumento es buena, para evaluar algunos criterios de trastorno de estrés postraumático se usó el (NSESSS) siendo su consistencia interna aceptable. La calidad de vida de los padres se midió con Ulm Quality of Life Inventory for Parents (ULQIE), teniendo una consistencia interna excelente.

Rosner, et al. (2014): Esta investigación realizada en Alemania. Los participantes fueron reclutados de boca en boca, desde reuniones con profesionales de salud, luego de presentaciones y cartas a instituciones y centros de asesoramiento, también por

medio de periódicos, revistas y radio. Al final fueron 51 personas, la mayoría eran del género femenino entre los 20 y 78 años, quienes fueron de manera aleatoria, 24 al grupo de tratamiento y 27 al grupo control. Los requisitos para que los sujetos participen en la investigación fueron tener más de 18 años, dominar idioma alemán y tener diagnóstico clínico de DGP. Los requisitos para no participar en el estudio fueron psicosis aguda, dependencia a sustancias, ideación suicida, uso inestable de fármacos psicotrópicos y tratamiento psicoterapéutico seguido. El tratamiento fue realizado en 20 a 25 sesiones, cada sesión tenía una duración de 50 minutos. Los instrumentos fueron Interview for Prolonged Grief-13 y Symptom Checklist-90- Revised (SCL-90-R). Los instrumentos fueron aplicados antes y posterior a la intervención.

Reitsma, et al. (2023): Esta investigación cuantitativa con diseño de ensayo controlado aleatorio monocéntrico realizada en los Países bajos. Las personas fueron seleccionadas por medios de anuncios en redes sociales y Google Ads y un sitio web creado específicamente para el estudio. Además, el grupo etario fueron adultos y adultos mayores entre 26 y 80 años, la mayoría eran mujeres y con estudios universitarios. Los criterios de inclusión fueron adultos holandeses que perdieron a una pareja, familiar o amigo por diferentes causas, al menos tres meses previos del inicio de la investigación pero que esta pérdida fuera durante la pandemia y niveles tempranos de síntomas de PCBD, PTSD y depresión basados en entrevistas telefónicas. Los criterios de exclusión fueron personas que no hablan holandés, no tener acceso a Internet, sí en algún momento hubo un diagnóstico de trastorno psicótico y alta ideación suicida. Los participantes fueron 65 holandeses y fueron asignados al azar mediante un

servicio de números aleatorios, 32 personas a condición de TCC en línea y 33 personas a condición de lista de espera. La intervención duró 8 semanas. Los instrumentos utilizados fueron Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered (TGI-CA), Checklist for DSM-5 (PCL-5) y Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Los instrumentos fueron aplicados pre y post tratamiento.

Kersting, et al. (2013) El estudio cuantitativo con diseño de ensayo controlado aleatorio, realizado en Alemania. El título de la investigación fue “Brief Internet-Based Intervention Reduces Posttraumatic Stress and Prolonged Grief in Parents after the Loss of a Child during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial.” Los que participaron fueron reclutados a través de anuncios en la radio, televisión y periódicos. También, se les comentó a los profesionales de salud y las clínicas sobre el estudio y se les pidió que notificaran a los padres que han perdido un hijo durante el embarazo. Los criterios de inclusión fueron padres que perdieron un hijo durante el embarazo por un aborto espontáneo, aborto por indicaciones médicas o muerte fetal, vivir en un país europeo de habla alemana, fluidez oral y escrita en alemán, acceso a internet, ser mayor de 18 años y consentimiento informado firmado. Los criterios de exclusión fueron depresión, ideación suicida, tendencia disociativa, riesgo de psicosis, embarazo actual, abuso y dependencia de sustancias y estar tomando un tratamiento en otro lugar. La muestra fue de 228 personas, siendo la mayoría mujeres y fueron asignados aleatoriamente mediante un servicio de números aleatorios reales, 115 fueron asignados al grupo de tratamiento y 113 al grupo control. El tratamiento tuvo una duración de 5 semanas. Los instrumentos utilizados fueron la versión alemana para

medir el estrés postraumático Impact of Event Scale-Revised (IES-R), el duelo prolongado se evaluó mediante el Inventory of Complicated Grief (ICG), la psicopatología general y la depresión se midió por el Global Severity Index validado (BSI). Los instrumentos se aplicaron antes tratamiento, postratamiento, de seguimiento a los 3 y 12 meses.

Wagner, et. al (2022): El estudio cuantitativo con diseño de ensayo controlado aleatorio, realizado en Alemania. El título de la investigación fue “Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: A randomized controlled trial.” El reclutamiento se realizó a través de la página web del proyecto y de los socios colaboradores, como la Asociación Federal de Padres y Hermanos en Duelo de Alemania (VEID eV) y la Asociación de Personas en Duelo por Suicidio (AGUS eV). También se reclutó a personas a través de redes sociales (como Instagram y Facebook), foros y sitios web especializados en duelo, además de anuncios en plataformas de redes sociales y distribución de folletos. Los criterios de inclusión fueron haber perdido a un ser querido por suicidio, tener entre 18 y 75 años, poseer un nivel suficiente de alemán, tener acceso a Internet y proporcionar un formulario de consentimiento firmado. Los criterios de exclusión fueron depresión severa, tendencias suicidas agudas, psicosis actual, abuso de sustancias, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad o autolesión. La muestra fue de un total de 140 participantes, siendo la mayoría mujeres y fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento o al grupo de control en lista de espera. La intervención grupal en línea consistió en 12 sesiones semanales, cada una con una duración de 90 minutos. Los instrumentos utilizados fueron Beck depression

inventory (BDI-II) el cual es utilizado para medir la gravedad de la depresión, Beck scale for suicide ideation (BSSI) para evaluar la gravedad de la ideación suicida, The acquired capability for suicide scale (ACSS-FAD) que evalúa la falta de miedo a la muerte, la versión alemana de Revised impact of event scale (IES-R) que evalúa las reacciones de estrés postraumático, la versión alemana del Inventory of complicated grief (ICG—D) que se utiliza para evaluar los síntomas del duelo prolongado, el Grief experience questionnaire (GEQ) que evalúa las reacciones de duelo tras la pérdida de una persona cercana, la versión abreviada y alemana de the patient health questionnaire (PHQ-9) para la detección de los trastornos depresivos, el H-scale que es la versión alemana de la Escala de Desesperanza de Beck y por último la versión alemana de Posttraumatic cognitions inventory (PTCI) que mide las cogniciones disfuncionales después de un evento traumático. La evaluación se realizó al inicio, a la mitad (después de seis sesiones), después y después de 3 y 6 meses.

Tabla 2

Investigaciones de tipo ensayo piloto controlado

Población	Referencia
La mayoría eran mujeres adultas y adultas mayores entre los 36 y 78 años y que tengan sintomatología de duelo prolongado	Un ensayo piloto controlado aleatorio de terapia metacognitiva para el duelo prolongado (Wenn et al., 2019)
	Un ensayo abierto de terapia del duelo centrada en el significado: justificación y evaluación preliminar (Lichtenthal et al., 2019)

Población	Referencia
La mayoría eran mujeres en promedio de 55 años con sintomatología de Trastorno de Duelo Prolongado	Un ensayo controlado aleatorio de una intervención preventiva indicada asistida por un terapeuta basada en internet para el trastorno de duelo prolongado (Litz et al., 2014)

Wenn, et al. (2019): Este estudio piloto con diseño de ensayo controlado aleatorizado realizado en Australia. Los participantes fueron veintidós entre los 38 y 78 años, fueron asignados al azar entre un grupo control en lista de espera y el grupo que recibiría la intervención más el seguimiento después de 3 y 6 meses. Fueron 12 participantes quienes integraban el grupo de intervención y 10 los que formaron parte del grupo control. Cabe recalcar que al grupo de espera se les ofreció brindarles el tratamiento después del estudio. El número de sesiones grupales fueron 6 con una duración de 2 horas. Los requisitos de inclusión fueron que tengan sintomatología de duelo prolongado, deterioro funcional, sí los participantes toman alguna medicación como antidepresivos o estabilizadores del ánimo deben haber comenzado el tratamiento al menos un mes antes de la inscripción al estudio y que la dosis sea la misma durante toda la investigación. Los criterios de exclusión fueron intervención psicológica frecuente, abuso de sustancias, alta ideación suicida y trastorno psicótico, bipolar y neurológico. Los instrumentos utilizados fueron la Escala PGD (PG-13), La Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), The Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS), The Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) y The Quality of Life

Enjoyment and Satisfaction Questionnaire–18 (Q-LES-Q-18). Todas las escalas tienen una consistencia interna alta.

Lichtenthal, et al. (2019): Este estudio realizado en Estados Unidos. Fueron 6 los participantes que completaron con las 16 sesiones de 60 a 90 minutos, 4 participantes pertenecieron al ensayo abierto en persona y 2 se asignaron al ensayo abierto por videoconferencia. Para las sesiones que se realizaron por videoconferencia, se brindaron instrucciones explícitas, capacitación y soporte técnico. Cabe resaltar que a los participantes se les pidió que invitaran a una persona de apoyo para que asista a la novena sesión. Los requisitos de inclusión fueron que los padres biológicos, adoptivos a padrastros hayan perdido a un hijo menor de 25 años por cáncer en un periodo desde medio año y 6 años, sean mayores de 18 años, hablan inglés y que obtuvieron una puntuación 34 o más en el PG-13. Los criterios de exclusión fueron deterioro cognitivo o algún trastorno psiquiátrico. Los instrumentos que se utilizaron fueron el PG-13, el sentido del significado fue evaluado por Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) el cual tiene alta consistencia interna. El significado también se evaluó por un solo elemento del McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), el grado de la conexión continua que experimentaron los padres con sus hijos se midió con Continuing Bonds Scale (CBS) que es validada y confiable, los síntomas depresivos se midieron con Center for Epidemiological Studies Depression Scale-Revised (CESD-R). También la desesperanza se midió con el Beck Hopelessness Scale (BHS), la ansiedad estado y rasgo se con el State-Trait Anxiety Scale que es validada y confiable, el afecto positivo y negativo se midió con Positive and Negative Affect

Schedule (PANAS), la calidad de vida relacionada con la salud se evaluó con el RAND 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), la alianza terapéutica se evaluó con el Working Alliance Inventory-Short Form (WAI-SF) y la aceptabilidad de la intervención se evaluó con un Cuestionario Post-Intervención. Se efectuaron las evaluaciones en 4 momentos, antes, a mitad, después, y 3 meses después de la intervención.

Litz, et al. (2014): Un ensayo piloto controlado aleatorio realizado en Estados Unidos. Los participantes eran cuidadores de pacientes que habían fallecido de cáncer en el Instituto del Cáncer Dana-Farber en Boston, Massachusetts. Al inicio el grupo estaba conformado por 87 personas, 55 años fue la edad media y la mayoría fueron mujeres. Los participantes elegibles fueron asignados al azar por un diseño de bloques estratificados, al grupo de tratamiento inmediato o una condición de lista de espera. Los criterios de inclusión fueron síntomas de Trastorno de Duelo Prolongado y deterioro funcional en las responsabilidades sociales, ocupacionales o domésticas, tener acceso a Internet y tener mínimo 21 años. Los criterios de exclusión consistieron en condiciones que podrían interferir con la capacidad de participar en la intervención como esquizofrenia, trastornos, abuso o dependencia a las drogas, tendencias suicidas actuales, participar en grupos de apoyo para el duelo e incapacidad para entender los procedimientos del estudio. Los instrumentos utilizados en la investigación fueron Prolonged Grief Scale (PG-13), Cuestionario de Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ), Alcohol Disorder Identification Test (AUDIT), Drug Abuse Screening Test (DAST), Mood Disorder Questionnaire (MDQ) y el the Revised Beck

Depression Inventory (BDI- II). HEAL es una intervención por Internet dada por un terapeuta cognitivo-conductual que tuvo una duración de aproximadamente 6 semanas. Los participantes de ambos grupos fueron evaluados cuatro veces, antes de la intervención, al terminar la intervención, seis semanas luego de la intervención y de seguimiento 3 meses después.

Tabla 3

Investigaciones de tipo estudio piloto

Población	Referencia
La mayoría eran mujeres adultas con una edad media de 45 años mayoría mujeres con una edad media de 47, niveles de síntomas leves a severos de duelo prolongado	Intervención psicosocial en el modelo de proceso dual para un grupo de personas en duelo por COVID-19 en Wuhan: un estudio piloto (Yu et al, 2022)
La mayoría eran mujeres adultas mayores con una edad promedio de 70 años	Una estrategia de dos niveles para prevenir las complicaciones del duelo en los primeros trece meses posteriores a la pérdida: un estudio piloto que utiliza apoyo de pares con el respaldo de un terapeuta profesional (Miller et al., 2018)

Yu, et al. (2022): El estudio piloto realizado en China. El "Programa Be Together" fue implementado por trabajadores sociales y profesionales en salud mental, los cuales brindaron conferencias, asesoramiento y supervisión en línea. Se aplicó la intervención

por medio de WeChat, la aplicación fue de manera grupal e individual. El modo de intervención fue uno llamado “modo supermercado” que ofrecía una “lista de compras”, en el cual se incluían temas y enfoques de intervención que los participantes podían elegir según sus necesidades. Fueron 45 personas, la mayoría mujeres con un promedio de 45 años. Los requisitos de inclusión fueron tener 18 años o más y haber perdido un familiar durante la pandemia. Los participantes fueron reclutados por medio de grupos de WeChat, después del reclutamiento, un trabajador social se puso en contacto con cada participante y fueron invitados a unirse al grupo de WeChat llamado “Grupo de acompañamiento y empoderamiento”. Se utilizó el Inventario de Duelo Complicado versión china que tiene alta validez y consistencia interna. La recopilación de datos se realizó en 3 momentos.

Miller, et al. (2018): Un estudio piloto realizado en Estados Unidos. Se reclutó a 20 personas que habían atravesado por una pérdida dentro de los 9 meses luego del suceso, sin embargo 14 personas fueron los que finalmente participaron en el estudio. Las personas que se ajustaban con los criterios del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor o una puntuación superior a 19 en el Inventario de duelo complicado (ICG), fueron asignados a 12 o 16 semanas de IPT. Solo Ocho sujetos fueron asignados al grupo de apoyo de pares y seis sujetos a IPT. Cabe resaltar que los individuos que ya habían sido asignados a un compañero de apoyo, según se evaluaba, podían también recibir IPT. Los compañeros de apoyo fueron capacitados por el Good Grief Center (GGC) en Pittsburgh y el IPT se dio presencial o por teléfono según lo preferiría el participante. Los criterios de inclusión fueron tener mínimo 18 años, haber tenido una

pérdida cercana dentro de 9 meses y ser atendido por un médico de atención primaria. Los criterios para no participar en el estudio fueron cumplir con criterios de un trastorno psicótico, tener una adicción grave a drogas y alcohol y no hablar inglés u oír adecuadamente por teléfono. Los instrumentos utilizados fueron Patient Health Questionnaire [PHQ-9] e Inventory of Complicated Grief. Los instrumentos fueron aplicados antes y después de la intervención.

2.2 Estudios acerca del tema

Tabla 4

Estudios sobre intervenciones preventivas en duelo prolongado

Tipo de intervención	Referencias
Intervención preventiva	<p>Una estrategia de dos niveles para prevenir las complicaciones del duelo en los primeros trece meses posteriores a la pérdida: un estudio piloto que utiliza apoyo de pares con el respaldo de un terapeuta profesional (Miller et al., 2018)</p> <p>La eficacia y usabilidad de una intervención de duelo no guiada basada en la web para adultos que perdieron a un ser querido durante la pandemia de COVID-19: ensayo controlado aleatorio (Dominguez et al., 2023)</p> <p>Un ensayo controlado aleatorio de una intervención preventiva indicada asistida por un terapeuta basada en Internet para el trastorno de duelo prolongado (Litz et al., 2014)</p>

Miller, et al. (2018): Este estudio tuvo el propósito de prevenir el Duelo Complicado y la Depresión Mayor por medio intervención de dos niveles, utilizando apoyo de pares o la terapia interpersonal (IPT). Para el apoyo de pares, se utilizaron compañeros capacitados por el Good Grief Center (GGC) en Pittsburgh. El IPT, se brindó presencial o por teléfono según el agrado del participante. La ITP utiliza estrategias para ayudar a los pacientes a conectar los estados de ánimo con los eventos interpersonales diarios, análisis de la comunicación y comparte algunas estrategias de la TCC y otras intervenciones (Weissman, et al., 2000). Los resultados fueron que se demostró la viabilidad de asignar a las personas en duelo un compañero de apoyo capacitados y también brindar ITP para quienes cumplían los criterios de gravedad. Además, ningún participante de los grupos desarrolló TDP al final del estudio, lo que podría indicar que el uso tanto del apoyo de pares como de IPT puede ofrecer protección contra el desarrollo de TDP.

Dominguez, et al. (2023): El objetivo fue evaluar la efectividad del tratamiento web Grief COVID (ITLAB), en la reducción de síntomas clínicos de duelo complicado, depresión, estrés postraumático, desesperanza, ansiedad y riesgo suicida en adultos. El objetivo secundario fue validar la facilidad de uso del sistema de intervención autoaplicado. La intervención Grief COVID (ITLAB) está basada en los principios de las Cuatro Tareas del Duelo de Worden. Grief COVID es una intervención basada en la web, autoaplicada que está compuesta por 12 módulos desarrollados por psicólogos, mayormente contaban con un doctorado y alta experiencia en entornos clínicos y de

investigación. Esta intervención incorpora técnicas de Terapia Cognitivo Conductual, terapia de activación conductual, atención plena y psicología positiva y consta de 12 sesiones, con duración de 36 días. Cada sesión se brindaba en vídeo o texto, cada participante era libre de elegir el formato que deseara. Al término de cada módulo, los participantes debían responder un cuestionario de cinco preguntas, solo podían pasar al siguiente módulo si respondían correctamente al menos el 60% de las preguntas. Los resultados fueron que la intervención autoplicada basada en la web Grief COVID, disminuyó los síntomas de duelo complicado, ansiedad, depresión, desesperanza, riesgo de suicidio, trastorno de estrés postraumático. Además, los participantes indicaron que el sistema era fácil de usar. Estos resultados demuestran la importancia de desarrollar herramientas psicológicas basadas en la web para poder disminuir los síntomas clínicos de las personas que atraviesan por un duelo durante la pandemia.

Litz, et al. (2014): El objetivo fue evaluar la eficacia, viabilidad, aceptabilidad y tolerabilidad de una intervención de prevención indicada para el PGD proporcionada por Internet. HEAL es una intervención que se brinda por Internet por un terapeuta cognitivo-conductual, en el cual se da psicoeducación a las personas en duelo sobre la pérdida y el duelo y se guía a los participantes en el uso de estrategias para reducir la angustia y la disfunción relacionada con el duelo prolongado. Es importante resaltar que HEAL, no trabaja con exposición formal, ni con reevaluación cognitiva. HEAL labora con actividades de autocuidado y bienestar por medio del autocontrol y programación de actividades, restablecimiento de los vínculos con los demás después de haber sufrido la pérdida y alcanzar metas personales. El programa se compone de 5

módulos y 18 sesiones en línea, se trabajó en un total de 6 semanas aproximadamente. Los 5 módulos son: 1) educación sobre la pérdida y el duelo, 2) enseñanza sobre el manejo del estrés y otras habilidades de afrontamiento, 3) activación conductual en forma de tareas basadas en el cuidado personal y la reincorporación social, 4) adaptación de la pérdida estableciendo y trabajando para conseguir una lista de objetivos personales y 5) prevención y planificación de recaídas a largo plazo. Los resultados fueron que HEAL es un enfoque de prevención prometedor que reduce las dificultades asociadas con el duelo y previene el duelo prolongado. HEAL también se relacionó con reducciones Trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad y estos resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Gran parte de la población en duelo, se pueden adaptar al duelo a medida que pasa el tiempo, pero hay una minoría en la que el duelo continúa, lo que puede conllevar a que sufran un trastorno de duelo prolongado. Por esto, identificar a los individuos en riesgo puede ayudar a realizar intervenciones preventivas específicas (Doering et al., 2022). Las intervenciones preventivas podrían aliviar el sufrimiento y deterioro funcional de las personas que posiblemente puedan desarrollar duelo prolongado, sin embargo, aún no hay un acuerdo sobre los factores de riesgo más importantes para poder identificar a estos individuos (Miller et al., 2018). El inconveniente de los estudios preventivos inadecuados es el peligro de que interfieran en el proceso de duelo natural (Currier et al., 2008 citado en Litz, et al., 2014). Para evitar interferir, la prevención podría sólo estar dirigida a personas con síntomas de duelo significativos y

perjudiciales con riesgo de sufrir angustia y duelo prolongado y ello se puede identificar en los primeros meses después de la pérdida (Dominguez et al., 2023).

En el estudio piloto realizado por Miller (2018) cuyo diseño de dos niveles, ofrecían tratamiento profesional de IPT a quienes lo necesitaban y apoyo de pares para todos los demás por medio de llamadas telefónicas o videos. La intervención de apoyo de pares respaldan la hipótesis del estudio de que asignar a un compañero de apoyo que esté capacitado para brindar apoyo, escucha activa, educación sobre aspectos básicos del duelo y ayudarlos para que atiendan sus propias necesidades de salud puede ser adecuado para prevenir el trastorno de duelo prolongado. Asimismo, el tratamiento de IPT también resultó eficaz para la prevención debido a que el duelo no resuelto es trabajado en esta terapia. En ambas intervenciones ninguno de los participantes desarrolló duelo prolongado. Además, también se demostró que funciona la intervención únicamente por teléfono o videos, como lo están realizando Borghi et al. (2021) y Minechetti et al., (2021) en el contexto de Covid-19 al llevar a cabo intervenciones tempranas vía telefónica a familiares. Este estudio encaja con lo que mencionan Dominguez et al., (2023) y Currier (citado en Litz et al., 2014) que la prevención sólo podría dirigirse a personas que tengan síntomas de duelo significativos para no interferir con el proceso de duelo natural, ya que, brindaron apoyo de pares para toda la muestra e IPT para quienes cumplían con criterios de gravedad para duelo prolongado.

También la investigación realizada por Dominguez (2023) que estaba basada en los principios de las Cuatro Tareas de Worden y era una intervención autoaplicada

por internet por medio de la web Grief COVID, tuvo resultados beneficiosos para la prevención. Este estudio demuestra la relevancia de desarrollar herramientas psicológicas basadas en la web para poder disminuir los síntomas clínicos de los individuos que atraviesan por un duelo durante la pandemia. Las limitaciones de este estudio fueron las altas tasas de abandono, sobre todo en el grupo de lista de espera, ello podría deberse a la preferencia por el tratamiento presencial o por falta de acceso a internet o de un dispositivo para poder acceder a la web. También podría ser porque la intervención fue muy larga para ser preventiva, para futuras investigaciones se podría enviar una encuesta a los participantes que decidan no continuar con el programa para poder saber sus motivos y mejorar la adherencia al tratamiento. Es importante resaltar que Grief COVID es la única intervención aplicada por internet para personas en duelo en América Latina durante la pandemia. Este estudio tomó en consideración las necesidades que destaca la literatura y las integraron en su intervención, como aumentar la psicoeducación sobre duelo y servicios de apoyo para personas en duelo, detección de riesgo de duelo prolongado y servicio de apoyo profesional para personas con alto riesgo de duelo prolongado.

A diferencia con las 2 investigaciones anteriores, el estudio realizado por Litz et al., (2014), realizó una intervención de prevención basada por internet llamada HEAL, en el cual no se trabaja con exposición formal, ni con reevaluación cognitiva sino con actividades de autocuidado y bienestar por medio del autocontrol y programación de actividades, restableciendo vínculos con otras personas luego de

haber sufrido la pérdida y poder realizar metas personales. El terapeuta apoyaba a los participantes de manera breve por medio de llamadas telefónicas.

Los tres estudios tuvieron una muestra parecida, con características similares, la mayoría eran mujeres con alto nivel educativo, afligidas por la pérdida de padres o cónyuge. Tenían deterioro funcional en áreas sociales, ocupacionales o domésticas, síntomas de depresión, ansiedad o estrés. Sin embargo, las diferencias fueron el tiempo después de la pérdida y la etnia. Algunos factores de riesgo para el TDP similares entre los tres estudios fueron menor cantidad de años de educación, depresión, ansiedad, mala salud física, rasgos de dependencia y apego desadaptativos, menor apoyo social, dificultades familiares, pérdidas repentinas y violentas y muertes inesperadas (Mason et al., 2020 y Doering et al., 2022).

Tabla 5

Estudios sobre intervenciones individuales en duelo prolongado

Tipo de intervención	Referencias
Intervenciones individuales	Tratamiento del duelo complicado para adultos mayores: el papel fundamental de una persona solidaria (Nam, 2016)
	Tratamiento del duelo complicado en personas mayores. Un ensayo clínico aleatorizado (Shear et al., 2014)
	Ensayo controlado aleatorio de una intervención narrativa cognitiva para el duelo complicado en la viudez (Barbosa et al., 2013)
	Eficacia de un tratamiento ambulatorio para el trastorno de duelo prolongado: un ensayo clínico controlado aleatorio (Rosner et al., 2014)
	Un ensayo abierto de terapia del duelo centrada en el significado: justificación y evaluación preliminar (Lichtenthal et al., 2019)

Nam (2016): En este estudio, se comparó la eficacia entre el Tratamiento de Duelo Complicado (CGT) y Asesoramiento y apoyo (SC). En el CGT se trabajó psicoeducación, manejo emocional, revisión de la historia de la muerte, conversación imaginaria con el difunto, revisión de la situación, diseñar estrategias para el cuidado personal durante el duelo. Para SC se basó en el tratamiento realizado por Boelen en el año 2007, se abordaron temas como reacciones psicológicas normales y patológicas durante una muerte, dificultades que tuvieran y ordenarlas jerárquicamente en términos de importancia los terapeutas les proporcionaron SC para resolver las dificultades sin

las modalidades de cognición y exposición. La población fueron 89 adultos mayores. Los resultados fueron a favor de CGT en comparación con SC.

Shear, et al. (2014): El objetivo fue determinar si el tratamiento del duelo complicado (CGT) brinda mayor mejoría en el Duelo Complicado y los síntomas depresivos que la psicoterapia interpersonal centrada en el duelo (IPT). La muestra fueron adultos mayores. El tratamiento de CGT está basado en la teoría del apego y utiliza técnicas de exposición prolongada, IPT y entrevistas motivacionales. Los objetivos de la intervención fueron resolver las complicaciones del duelo y facilitar el duelo natural. Los terapeutas revisaron la historia del paciente y su experiencia de duelo, también realizaron procedimientos basados en la exposición llamados revisión imaginal y situacional y se centraron en objetivos personales. En la psicoterapia interpersonal (IPT), los terapeutas ayudaron a los pacientes a entender cómo el duelo puede afectar las emociones y el estado de ánimo. También discutieron la relación que tenían el paciente con el fallecido, ayudaron a realizar una evaluación realista de los aspectos tanto favorables como desfavorables de esta relación, asimismo indagaron sobre las circunstancias de la muerte. Al finalizar la intervención, se revisaron las ganancias y se hicieron planes futuros. Los resultados fueron que el tratamiento del duelo complicado fue más efectivo en disminuir los síntomas de duelo complicado que un tratamiento de eficacia comprobada para la depresión (IPT).

Barbosa, et al. (2013): El objetivo fue evaluar la efectividad de un tratamiento cognitiva narrativa para el duelo complicado (GC) para controlar los aspectos postraumáticos y depresivos Fue necesario acortar el número de sesiones por falta de

tiempo, siendo al final 4 sesiones semanales individuales de 60 minutos. Se solicitó a las personas que participaban en el estudio, recordaran la vida junta al fallecido y el momento de la pérdida. Los terapeutas exploraron los componentes cognitivos, pensamientos y emociones de los pacientes, también trabajaron con la metaforización con el objetivo era que el paciente indagara sobre los diferentes significados de la pérdida. Finalmente, los participantes generaron nuevas narrativas significativas que proyectan sobre el futuro y produjeron una visión más positiva de las circunstancias de la pérdida. Los resultados fueron que la intervención redujo los síntomas de duelo complicado, síntomas depresivos y traumáticos a comparación con el grupo control.

Rosner, et al. (2014): El objetivo principal fue indagar sobre el beneficio de la terapia cognitivo-conductual integrativa (PG-CBT) para pacientes con TDP. Los objetivos secundarios fueron probar si PG-CBT es más eficaz para mejorar los síntomas de angustia general y los síntomas comórbidos. La población fueron adultos y adultos mayores. La intervención PG-CBT consta de 25 sesiones, 5 son opcionales y son dirigidas para situaciones críticas como aniversarios, días festivos, entre otros. Las 20 sesiones restantes se dividen en 3 partes, en la primera la componen 7 sesiones que se centran en estabilizar y motivar al paciente y explorar la situación de duelo del paciente. La segunda parte consta de nueve sesiones, en las cuales se enseña a los participantes relajación y se confronta y reinterpreta las cogniciones de los pacientes. La tercera parte consta de cuatro sesiones, que se enfocan en perspectivas de futuro y ayuda a los pacientes a mantener un vínculo saludable con el fallecido. Los resultados

fueron que la PB-CBT, redujo la gravedad del duelo y los síntomas depresivos comórbidos.

Lichtenthal, et al. (2019): El objetivo fue determinar la factibilidad preliminar, aceptabilidad y efectos de la terapia de Duelo Centrada en el significado (MCGT) para padres que perdieron un hijo por la enfermedad de cáncer. El MCGT es una intervención cognitiva conductual experiencial existencial conformado por 16 sesiones, esta intervención utiliza psicoeducación, discusión estructurada y ejercicios experienciales centrados en temas como significado, identidad, propósito y legado. El MCGT se basa en 4 conceptos para ayudar a que los padres aprendan a reconocer que tienen: 1) capacidad de elegir la actitud frente al sufrimiento, 2) capacidad de conectarse con fuentes de significado en sus vidas; 3) capacidad de elegir la manera de construir el significado sobre distintos eventos de la vida, como la muerte y 4) capacidad de permanecer conectado con su hijo y continuar con su papel como padre. Los resultados fueron que los participantes manifestaron comentarios positivos acerca de la intervención, además se mostraron mejoras en el duelo prolongado, sentido del significado, depresión, desesperanza, vínculos continuos con el hijo, crecimiento postraumático, afecto positivo y varios dominios de calidad de vida. La mayoría de estos logros se mantuvieron o aumentaron en la evaluación de seguimiento.

La población de las cuatro investigaciones mencionadas eran adultos y adultos mayores, la mayoría eran mujeres. Los criterios de inclusión que tienen en común los estudios fueron: pérdida de los familiares sea al menos 6 meses antes de iniciar los tratamientos. Además, eran excluidos los participantes con dependencia a sustancias,

uso inestable de fármacos psicotrópicos, psicosis, tendencias suicidas y deterioro cognitivo. Solo un estudio permitió el uso de antidepresivos o ansiolíticos si fue continuo durante 3 meses y si la dosis era la misma durante al menos 6 semanas.

Los instrumentos más usados para medir el Trastorno de Duelo prolongado en estos estudios fueron el Inventario de Duelo Complicado (ICG), Escala de Impresión Clínica Global (CGI-I) centrada en Duelo Complicado, Entrevista para el Duelo Prolongado -13 (PG-13). Además, entre las cuatro investigaciones se midieron otras variables como depresión, ideas suicidas, sentido de significado, deterioro funcional, evitación, malestar de salud mental. Por esta razón, se utilizaron los instrumentos Escala de Depresión Geriátrica (GDS), Escala de Ajuste Social y Laboral, Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia, Cuestionario de evitación relacionado con el duelo, Inventario de Depresión de Beck, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) y Cuestionario de Calidad de Vida de McGill (MQOL).

En síntesis, los resultados que obtuvieron algunos de los tratamientos de las investigaciones fueron efectivos para disminuir el duelo complicado: Tratamiento de Duelo Complicado (CGT), terapia cognitivo-conductual integrativa para el duelo prolongado (PG-CBT), Intervención narrativa cognitiva para el duelo complicado (CG) y terapia del duelo centrada en el significado (MCGT). Por otro lado, los otros tratamientos: Asesoramiento de Apoyo (SC) y Psicoterapia interpersonal centrada en el duelo (IPT) no fueron muy eficaces para reducir el Trastorno de Duelo Complicado.

Además, en las investigaciones de Nam y Shear que utilizaron el mismo Tratamiento de Duelo Complicado (CGT), se les animó a los participantes a que llevaran a una persona de apoyo. La diferencia es que en la investigación de Nam, se evaluó si la presencia de la persona de apoyo era beneficioso para reducir el duelo complicado y los resultados fueron que hubo una mejora significativa en la reducción del duelo complicado las personas que contaban con alguien de apoyo. Sin embargo, el autor señala que falta más investigación acerca del mecanismo que explicaría por qué una persona de apoyo ayuda al tratamiento de TDP.

Tabla 6

Estudios sobre intervenciones grupales en duelo prolongado

Tipo de intervención	Referencias
Intervenciones grupales	<p data-bbox="711 1031 1385 1171">Intervención grupal de duelo de proceso dual (DPBGI) para adultos mayores viudos (Chow, et al., 2019)</p> <p data-bbox="711 1192 1385 1333">Duelo complicado en adultos mayores: un ensayo controlado aleatorio de terapia grupal de duelo complicado (Supiano et al., 2014)</p> <p data-bbox="711 1354 1385 1495">Un ensayo piloto controlado aleatorio de terapia metacognitiva para el duelo prolongado (Wenn et al., 2019)</p> <p data-bbox="711 1516 1385 1717">Efectividad de una terapia grupal cognitivo-conductual para el duelo complicado en familiares de pacientes con cáncer: un ensayo clínico aleatorizado (Lacasta & Cruzado, 2023)</p>

Tipos de intervención	Referencia
Intervenciones grupales	Eficacia de una intervención grupal en línea tras el duelo por suicidio: un ensayo controlado aleatorizado (Wagner et al., 2022)

Chow, et al. (2019): Tiene como propósito evaluar los resultados primarios y secundarios de una intervención de duelo grupal basada en la teoría para adultos mayores viudos. La intervención experimental consistió en los componentes del modelo de proceso dual, los cuales son orientación a la restauración y orientación a la pérdida y también en la oscilación. En la intervención orientada a la pérdida de la intervención experimental, las sesiones fueron visión general del duelo, reacciones físicas, conductuales y emocionales, relación con el difunto, relaciones con los demás, relación con uno mismo, alimento para el pensamiento y tiempo de duelo. En la intervención orientada a la restauración de la intervención experimental las sesiones fueron nueva relación con el difunto, nuevas relaciones con los demás, relación con uno mismo, alimento para el pensamiento, la salud es lo primero y un tiempo para bailar. En la intervención orientada a la pérdida de la intervención de control, las sesiones fueron resumen del duelo, reacciones de duelo: reacciones físicas, conductuales y emocionales, reacciones de duelo: reacciones emocionales, relación con el fallecido: asuntos pendientes, culpa, relaciones familiares y soledad y tiempo de duelo: ritual de dejar ir. Los resultados fueron que por ambas intervenciones disminuyeron los síntomas de duelo y de depresión después del tratamiento y del

seguimiento. Sin embargo, la intervención experimental mostró mejores resultados. Además, la intervención experimental redujo la soledad emocional y social.

Supiano y Luptak (2014): El estudio comparó la eficacia entre la terapia de duelo complicado que fue brindada como terapia de grupo (CGGT) y la terapia de grupo estándar (TAU). La TAU, fue adaptado para los grupos de apoyo al duelo, incluía objetivos para el facilitador y tareas para los participantes en cada sesión. La Terapia grupal de duelo complicado, fue adaptada de la terapia individual de Shear. Las sesiones tuvieron una duración de 120 min. Las intervenciones fueron realizadas por médicos y los participantes eran organizados según el tipo de pérdida. La intervención de Duelo Complicado incluye psicoeducación sobre duelo normal y duelo complicado, se revisó la historia de muerte, se identificaron metas personales, se invitó a una persona importante a asistir a una sesión, tener una conversación con el difunto y llevar a la sesión fotografías y recuerdos. Los participantes fueron adultos. Los resultados del estudio indican que sí bien ambos grupos demostraron disminución de duelo complicado, el CGGT obtuvo una mejora significativa.

Wenn, et al. (2019): Tiene como propósito explorar la efectividad y viabilidad de una terapia de grupo de duelo metacognitivo (MCGT) para el Trastorno de Duelo Prolongado. La población fueron adultos y adultos mayores. El MCGT fue adaptado de las técnicas MCT utilizadas por Wells para los trastornos emocionales, también agregó ejemplos específicos de duelo para que los participantes se sintieran identificados. Además, tiene como objetivo de que las personas desarrollen control metacognitivo y logren desconectarse de los pensamientos con emociones y

comportamientos inútiles y construyan estrategias de afrontamiento y estrategias para procesar la pérdida. Por consiguiente, se cambia la manera en la que procesan los pensamientos inútiles, en vez de abordar los contenidos. La intervención tuvo una duración de seis sesiones de 2 horas, 1 día por semana. Cada sesión fue llevada a cabo por un investigador principal y un cofacilitador, cabe resaltar que ambos eran psicólogos en la clínica de la universidad o en un centro comunitario y estaban bajo supervisión. Los temas que se desarrollaron en la primera sesión fueron psicoeducación sobre el duelo y el duelo prolongado, formular un modelo metacognitivo del duelo, hacer conciencia sobre las creencias metacognitivas implicadas en el duelo, recalcar la importancia del autocontrol de las creencias metacognitivas vinculadas al duelo. En la segunda sesión se exploró la asociación entre las metacogniciones, emociones y comportamiento, identificar y retar creencias metacognitivas inútiles relacionadas con el duelo, insertar y practicar la atención plena indiferente y reflexionar y aplazar la preocupación. En la tercera sesión se practicó la atención plena separada, se entrenó la atención y se retaron las creencias metacognitivas positivas sobre la rumiación y preocupación. En la cuarta sesión, se entrenó la atención, se desafiaron las creencias metacognitivas negativas sobre los pensamientos, emociones e imágenes que aparecen en el duelo son incontrolables y las creencias positivas sobre la rumiación. En la quinta sesión se realizó un entrenamiento en atención. En la sexta sesión se practicó la atención y se implementaron estrategias para prevenir recaídas. Los resultados mostraron que esta intervención disminuyó el duelo prolongado, depresión, ansiedad, estrés, rumiación y mejoró la calidad de vida.

Lacasta y Cruzado (2023): El propósito de esta investigación fue evaluar la efectividad de un grupo de terapia de duelo cognitivo-conductual (CBGT) para el duelo complicado (CG) en individuos que han perdido a un ser querido debido al cáncer en comparación con un grupo de intervención psicoeducativa y de expresión emocional (PSDEEI). Ambas intervenciones realizaron un total de 16 sesiones cada semana, de una duración de 2 horas cada una. El CBGT trabajó sobre psicoeducación sobre el duelo y duelo prolongado, identificar manifestaciones cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales; ayudar a la aceptación de la realidad de la pérdida, compartir experiencias personales, revisar la historia de la muerte y buscar significado o propósito; regular emociones; mejorar el autocuidado; facilitar el funcionamiento y la comunicación; trabajar en valores y objetivos personales; examinar lugares y actividades que se evitan; trabajar con recuerdos e imágenes; conversaciones y cartas imaginarias al ser querido y mantener la memoria de la persona fallecida de forma adaptativa. Los componentes de PSDEEI era expresar de manera verbal los pensamientos y emociones originados por la pérdida y cómo la afrontan. Los resultados fueron que la intervención CBGT, fue más efectiva en reducir los síntomas de TDP, síntomas de depresión, ansiedad, desesperanza y psicopatología. Además, los efectos se mantuvieron en el seguimiento de 12 meses.

Wagner, et al. (2022): El objetivo fue desarrollar y evaluar una intervención grupal en línea para personas en duelo por suicidio. La intervención grupal en línea se llevó a cabo en 12 sesiones semanales, con una duración de 90 minutos cada una, y la participación fue gratuita. Todo el programa se diseñó siguiendo un enfoque cognitivo-

conductual y se trataron temas importantes para quienes han sobrevivido a un suicidio, como por ejemplo la culpa y el estigma. Entre sesiones, los participantes tenían la opción de realizar tareas adicionales, como reflexionar sobre su relación con la persona fallecida. Cada sesión tenía una estructura primero los participantes comenzaban compartiendo cómo se sentían en ese momento, luego se introducía el tema a través de contenido psicoeducativo, seguido de un video en el que familiares en duelo narraban sus experiencias. A continuación, se realizaba una discusión e interacción grupal. Finalmente, el facilitador de la sesión presentaba la tarea para la semana siguiente y se reservaba un tiempo para preguntas. Los resultados fueron disminuciones significativas en síntomas depresivos y síntomas de duelo prolongado; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y lista de espera.

Los instrumentos más usados para medir el Trastorno de Duelo prolongado en estos estudios fueron el Inventario Chino de Duelo Complicado (ICG), Escala de trastorno de duelo prolongado (PG-13), el Cuestionario breve de duelo (BGQ). Además, entre las tres investigaciones se midieron otras variables como ansiedad, depresión, soledad, apoyo social, deterioro cognitivo, riesgo de suicidio, rumiación, creencias metacognitivas, calidad de vida, desesperanza y morbilidad psicológica. Por esta razón, se utilizaron los instrumentos versión china de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), versión china de siete ítems de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld, Inventario de Apoyo Social, Escalas de Impresiones Clínicas Globales (CGI) Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), pantalla Mini-Cog, Escala de calificación de gravedad

del suicidio de Columbia (versión de detección C-SSRS), La Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), Escala de Rumiación del Duelo de Utrecht (UGRS), Cuestionario de Metacogniciones-30 (MCQ-30), Cuestionario de satisfacción y disfrute de calidad de vida-18 (Q-LES-Q-18), Escala de desesperanza de Beck [BHS] y Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ28).

Los criterios de inclusión en común fueron puntuaciones altas de duelo complicado, pérdida de un familiar al menos 6 meses antes de la intervención. Los criterios de exclusión en común fueron deterioro cognitivo, abuso de sustancias e ideación suicida y presentar trastornos psicopatológicos.

La población de dos investigaciones fueron adultos mayores, el tercer estudio tuvo una población de adultos, el cuarto estudio tuvo una muestra de adultos mayores que tengan familiares fallecidos por cáncer, el quinto estudio tuvo una población de personas que perdieron a un ser querido por suicidio. En el estudio de Chow teniendo en cuenta el grupo etario, una variable importante para investigar fue la soledad tanto emocional y social, ya que, al ser más vulnerables a estar aislados socialmente tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades emocionales, mentales y físicas Perng y Renz (2018, citado en Chow, 2019). Es por esto que la soledad puede ser un gran desafío para quienes han perdido a un ser querido en una edad avanzada.

Las intervenciones que tuvieron mejores resultados significativos entre las cinco investigaciones, fueron: Intervención de grupo de duelo de proceso dual-chino (DPBGI-C), Tratamiento del duelo complicado como terapia de grupo (CGGT), Terapia de duelo metacognitiva grupal (MCGT), Terapia de duelo cognitivo-

conductual (CBGT) e Intervención grupal en línea basada en principios de la TCC tras el duelo por suicidio. Lo que resalta de DPBGI-C fue que abarca tanto el afrontamiento orientado a la pérdida, el afrontamiento orientado a la restauración y la oscilación entre ambos. El movimiento entre ambos modos de afrontamiento mejora la salud de los participantes tanto en el aspecto físico como en el mental. Cabe resaltar que, en este estudio, se tomó en consideración elementos de la cultura china como temas de restauración, como la cocina, la dieta saludable china y la nutrición. Además, en la última sesión se introdujo el ritual terapéutico de liberación de peces. Ello es importante porque se adaptó la intervención, incluyendo algunos elementos de la cultura china. Este ejemplo de adaptación cultural, puede ser importante para tener en cuenta en las intervenciones que se realicen en Perú para introducir algunos elementos que ayuden a la población peruana.

La CGGT está basada en la Terapia de Duelo Prolongado (CGT) que incluye compartir y discutir información sobre el duelo y la adaptación a la pérdida y el uso de actividades que también promueven el aprendizaje experiencial. La diferencia entre CGT y CGGT, es que a CGGT la adaptaron para poder aplicarla a un grupo, debido a que el trabajo en grupo tiene ventajas como: esperanza, universalidad de la experiencia psicológica, genera altruismo, brinda oportunidades para la socialización, fomenta comportamiento imitativo apropiado, aprendizaje interpersonal, crea cohesión grupal y catarsis segura Yalom y Leszcz (2005, citado en Supiano, 2014). Ello parece beneficioso sobre todo para la población adulta mayor que pueden ser vulnerables a la

soledad y la aplicación grupal ayuda a que los miembros formen una red de apoyo social.

En la Terapia de duelo metacognitiva grupal (MCGT), se cambia la forma en que se procesan los pensamientos dolorosos o angustiantes en lugar de trabajar en el contenido. En el duelo cuando las personas se centran en la pérdida, no pueden integrar la pérdida en su vida y planificar el futuro. Esto es importante, ya que, por ejemplo, la rumia como creencia metacognitiva puede ser un factor de riesgo para desarrollar TDP (Eisma, 2015).

En la Terapia de duelo cognitivo-conductual (CBGT) se trabaja en el entrenamiento de habilidades cognitivas, gestión emocional y activación conductual. La terapia en grupo para familiares de pacientes que fallecieron por cáncer puede ser efectiva debido que la causa de muerte es la misma y la evolución de la enfermedad y el proceso de cuidado que tuvieron hacia su ser querido es común entre los miembros del grupo. Además, el grupo les puede ofrecer compañía, ambiente cómodo y que no están solos o son los únicos que están atravesando dolor y el duelo. El tratamiento utilizado en la investigación tuvo resultados eficaces.

En la intervención grupal en línea para personas en duelo por suicidio utilizaron métodos cognitivo-conductuales y consistió en temas relevantes para esta población que tienen necesidades especiales como por ejemplo, culpa, estigma.

En conclusión, por los resultados obtenidos en las investigaciones, las intervenciones grupales son beneficiosas al tener ventajas como alivio de la soledad y

apoyo como lo mencionan Supiano y Luptak (2014, citado en Yu, 2022). Sin embargo, se debe tener en consideración que los grupos no son para todos, puesto que, algunas personas no puedan o quieran compartir experiencias dolorosas frente a otros o revelarse en un grupo. Además, Eisma (2015, citado en Wenn, 2015) indica que los individuos con TDP están menos satisfechas con las intervenciones en grupo debido a la co-rumiación. Por esta razón, falta más investigación sobre intervenciones grupales, además de reconocer y diferenciar a las personas que pueden beneficiarse de la intervención grupal o individual. También se debe investigar la eficacia de las intervenciones grupales teniendo en cuenta las características de la población, el tipo de muerte, entre otros.

Tabla 7

Estudios sobre intervenciones grupales e individuales en duelo prolongado

Tipo de intervención	Referencias
Intervenciones grupales e individuales	<p>Efecto de un tratamiento breve basado en la familia sobre el duelo complicado en adultos mayores en duelo (Nam, 2018)</p> <p>Duelo prolongado, estrés postraumático y depresión entre padres en duelo: prevalencia y respuesta a un programa de intervención (Baumann et al., 2020)</p> <p>Tratamiento del trastorno de duelo prolongado: Un ensayo clínico aleatorizado (Bryant et al., 2015)</p>

Nam (2018): Tiene como propósito contrastar la terapia de duelo complicado basado en familia (FCGT) con la terapia de duelo complicado basada en el individuo

(ICGT). En el ICGT se tratan los siguientes temas: psicoeducación sobre duelo complicado, manejo emocional, revisión de la historia de muerte, conversación imaginaria con el difunto, revisión de la situación y autoevaluación. En el FCGT se abarca lo siguiente: psicoeducación sobre duelo complicado, manejo emocional, revisión de la historia de muerte y conversación imaginaria con el difunto. A cada uno de los participantes se les asignó en cada sesión una tarea de seguimiento del duelo, en un diario de seguimiento los participantes registraron los momentos que sentían angustia. Las intervenciones fueron aplicadas a 29 adultos mayores. El resultado indicó que el FCGT fue superior a ICGT, porque obtuvo mayor reducción de TDP y en la Escala de Ajuste Social y Laboral.

Baumann, et al. (2020): Tuvo como objetivo evaluar los síntomas psicológicos de padres en duelo por medio de un programa rehabilitación orientado a la familia (FOR) de 4 semanas. En el programa FOR, las sesiones grupales son el elemento central, las cuales se realizan dos veces por semana y son facilitadas por dos psicólogos o pedagogos sociales. En total fueron 8 sesiones, en la primera se realizó la presentación del equipo y cada uno de los padres expresó su experiencia de duelo, en la segunda sesión, los padres mostraron objetos y fotos y también compartieron pequeñas historias de sus hijos fallecidos. De la tercera a la séptima sesión los padres eligieron los temas a tratar como familia, duelo de hermanos, efectos en la pareja, alteración de las estructuras familiares, tener otros hijos, duelo, sentimientos acerca del duelo, diferencias de género en el duelo, diferencias culturales de duelo, rituales, aspectos religiosos, cómo integrar el duelo en la vida cotidiana, cómo afrontar el

entorno social y experiencias con el sistema médico. En la octava y última sesión se realizó la despedida. Además, también se llevan a cabo sesiones complementarias de terapia individual al menos una vez por semana y si la pareja tiene problemas en las sesiones complementarias se pueden tratar. También los padres pueden acudir al psiquiatra si es necesario. Aparte de las sesiones grupales y terapia individual, se animó a que los participantes acudan a otras intervenciones. Los resultados fueron que hubo disminución de en el duelo prolongado, depresión y TEPT y la calidad de vida aumentó.

Bryant, et al. (2014): El objetivo fue determinar la eficacia de la TCC con la terapia de exposición (TCC/exposición) o la TCC sola para el Trastorno de Duelo Prolongado. La población eran adultos mayores. Las intervenciones tuvieron una duración de 10 sesiones grupales semanales de 2 horas y 4 sesiones semanales individuales de 1 hora. En la Terapia Cognitivo Conductual con Exposición se trabajó educación sobre el duelo, fundamentos de las estrategias de tratamiento, estrategias de reestructuración cognitiva para que los participantes puedan replantear valoraciones desadaptativas comunes relacionadas con el duelo como la culpa y la desesperanza, manejo de la rumia, cartas al fallecido sobre cuestiones no resueltas, nuevas metas y actividades, prevención de recaídas. En las sesiones individuales se desarrollaron los fundamentos de terapia de exposición pidiendo a los sujetos que revivieran el momento de la pérdida. La intervención de Terapia Cognitivo Conductual sin exposición, las sesiones grupales fueron iguales a los de TCC/Exposición; sin embargo, en las sesiones individuales se invitó a los participantes a discutir cualquier cosa que desearan y se les

dejó de tarea escribir en un diario de estados de duelo. Los resultados indicaron que la TCC/exposición redujo más el Trastorno de Duelo Prolongado que la TCC sola.

Los instrumentos más usados para medir el Trastorno de Duelo prolongado en estos estudios fue el Inventario de Duelo Complicado (ICG). Además, entre las tres investigaciones también se investigaron las variables deterioro funcional, depresión, trastorno de estrés postraumático, calidad de vida para padres, calidad de vida y respuestas cognitivas al trauma. Para ello, se utilizaron los instrumentos Escala de Ajuste Social y Laboral, Encuesta Nacional de Eventos Estresantes para el PTSD: escala corta (NSESSS), La escala de depresión de ocho ítems del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-8 versión alemana), Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición, Inventario de Calidad de Vida de Ulm para Padres (ULQIE), evaluación abreviada de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) e Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI).

Los criterios de inclusión fueron haber perdido a un ser querido durante un periodo de medio año a 12 meses antes de los estudios. Los criterios de exclusión fueron dependencia de sustancias, antecedentes de psicosis y riesgo suicida.

La población de las investigaciones fueron adultos y adultos mayores, sin embargo, en la investigación de Nam la muestra fueron adultos mayores que perdieron a su cónyuge y la investigación realizada por Baumann la muestra fueron padres que perdieron a un hijo. Estas especificaciones en la muestra podrían demostrar que es necesario desarrollar y evaluar intervenciones dirigidas hacia un grupo determinado debido a las características particulares de una muestra.

Las intervenciones que tuvieron mejores resultados significativos entre las tres investigaciones, fueron: terapia de duelo complicado de base familiar, Programa de rehabilitación orientado a la familia (FOR) y Terapia Cognitivo Conductual con la terapia de exposición (TCC/exposición).

La mayor diferencia entre la investigación de Nam y los estudios restantes fue la aplicación de la intervención. El primero comparó una intervención grupal familiar con una intervención individual, mientras que los otros dos estudios aplicaron una intervención mixta utilizando tanto sesiones grupales como individuales. Los resultados de Nam en el cual se halló que la intervención grupal familiar fue más efectiva en la disminución de síntomas de TDP y mejora en las funciones laborales y sociales frente a una intervención individual; sería interesante que se investigue el contraste entre estos dos tipos de aplicación.

Además, una particularidad del estudio de Nam es la intervención grupal familiar, en la cual no solo se aprovecha las ventajas de una intervención grupal sino se beneficia de las fortalezas innatas de las familias que ayudan a la capacidad de afrontar la pérdida. Empero, se necesita mayor investigación por ejemplo estudiar la variable función familiar para ayudar a entender el mecanismo por el cual la intervención familiar es superior a la intervención individual para la reducción de duelo complicado. También se podría desarrollar futuros estudios que comparen intervención grupal con intervención grupal familiar.

El estudio realizado por Baumann, también está enfocado en tener en consideración a miembros de la familia para tener éxito terapéutico. Los resultados

indican que este programa es prometedor porque mejora la salud mental de los padres en duelo, reduciendo el TDP, depresión y trastorno de estrés postraumático. Además, encontraron que las madres en duelo tienen mayor riesgo de sufrir Trastorno de duelo complicado y se confirmó que los padres que han sufrido la muerte de un hijo son más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental y que este estudio es uno de los pocos que investiga con la muestra de padres en duelo, por lo tanto, falta mayor exploración con esta población.

El estudio de Bryant utiliza Terapia Cognitivo Conductual con terapia de exposición que implica revivir repetidamente la muerte promueve la gestión emocional de los recuerdos relacionados con la muerte que es importante para reducir el Trastorno de Duelo Prolongado.

Tabla 8

Estudios sobre intervenciones basadas en internet en duelo prolongado

Tipo de intervención	Referencias
Intervenciones basadas en internet	Exposición basada en Internet y activación conductual para el duelo y la cavilación complicados: un ensayo controlado aleatorio (Eisma et al., 2015) Intervención basada en la web asistida por un terapeuta para el trastorno de duelo prolongado después de un duelo por cáncer: ensayo controlado aleatorio (Káiser et al., 2022)

Tipo de intervención	Referencias
Intervenciones basadas en internet	<p data-bbox="711 331 1385 583">Tratamiento autoguiado en línea del duelo perturbado, el estrés postraumático y la depresión en adultos en duelo durante la pandemia de COVID-19: un ensayo controlado aleatorio(Reitsma et al., 2023)</p> <p data-bbox="711 604 1385 804">Eficacia de una terapia de duelo cognitivo-conductual basada en Internet para personas en duelo por suicidio: un ensayo controlado aleatorio (Trembl et al., 2021)</p> <p data-bbox="711 825 1385 1024">Intervención psicosocial en el modelo de proceso dual para un grupo de personas en duelo por COVID-19 en Wuhan: un estudio piloto (Yu et al., 2022)</p> <p data-bbox="711 1045 1385 1245">Terapia cognitivo-conductual en línea para el duelo prolongado después de una pérdida traumática: un ensayo aleatorio controlado en lista de espera (Lenferink et al. 2023)</p> <p data-bbox="711 1266 1385 1516">Una intervención breve basada en Internet reduce el estrés postraumático y el duelo prolongado en los padres después de la pérdida de un hijo durante el embarazo: un ensayo controlado aleatorio (Kersting et al., 2013)</p>

Eisma, et al. (2015): Tuvo como propósito indagar la eficacia y viabilidad de la activación conductual (BA) y de la exposición (EX) que son dos módulos de la Terapia Cognitivo Conductual, las intervenciones fueron aplicadas en línea guiados por

un terapeuta. La exposición estuvo basada en el protocolo que usó Boelen en el año 2007 y fue adaptado para poder administrarlo en línea. En la primera semana de tratamiento, los participantes recibieron una justificación detallada de la terapia. Lo primero que se les pidió a los sujetos es que realizaran una lista con situaciones, objetos o recuerdos relacionados con la pérdida que tienden a evitar en su vida. También, se les solicitó que realizaran una lista sobre los comportamientos que hacían de manera frecuente para poder seguir manteniendo el vínculo con el fallecido. En las siguientes sesiones, se animó a los sujetos a exponerse gradualmente a los aspectos de la pérdida que evitaban más o reducir el comportamiento que mantenía el vínculo con el fallecido. La activación conductual se fundamentó en el protocolo de activación conductual para la depresión que fue realizado por Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Potago en el año 2011. En la primera semana, a los participantes les brindaron una justificación de la terapia. La primera tarea que se les pidió que realizaran un diario de actividades de 7 días, en el cual debían escribir lo placenteras e importantes que les parecían las actividades que hicieron durante esos días. Para las siguientes tareas se les indicó seguir escribiendo en el diario y que identifiquen los valores y se les animó a realizar nuevas actividades basadas en estos valores. El objetivo de la intervención era que los sujetos participaran en más actividades basadas en valores. Los resultados fueron que la exposición disminuyó el duelo complicado, el estrés postraumático, la depresión, la rumia del duelo y los niveles de melancolía. La activación conductual redujo los niveles de duelo complicado, estrés postraumático y rumiación de duelo en el postratamiento. Sin embargo, la exposición en línea fue más eficaz para reducir el duelo complicado y la rumiación.

Káiser, et al. (2022): El objetivo fue ampliar hallazgos previos por medio de la intervención cognitiva conductual basada en la web, el cual consistía en tareas de escritura estructuradas y adaptadas para el duelo prolongado después del duelo por cáncer. Los participantes fueron adultos que habían atravesado una pérdida de una persona cercana debido al cáncer. La terapia de duelo en línea se dio de manera remota por medio de un sitio web y consistió en 10 tareas de escritura estructuradas en las cuales los sujetos realizaron las tareas de forma independiente durante 2 sesiones autoprogramadas de 45 minutos. Los participantes recibieron comentarios individuales de psicólogos capacitados sobre las tareas de escritura, realizando comentarios breves y completos. Los participantes tenían la opción de poder contactar con el terapeuta en caso de preguntas o problemas. Las tareas se organizaron en tres módulos, el primero fue autoconfrontación, en el cual se les solicitó a los participantes que relataran en múltiples ocasiones sus experiencias de pérdida para que de esa manera puedan reprocessar los recuerdos traumáticos y reducir el comportamiento de evitación. El segundo fue reevaluación cognitiva, en donde se les pidió que escribieran una carta a una persona imaginaria que también estaría atravesando una experiencia de pérdida. El tercer módulo fue compartir social, se les pidió a los sujetos que escribieran una carta a una persona real que esté involucrada en la experiencia de pérdida para poder compartir y comunicar sus experiencia y también nuevas estrategias y perspectivas. Los resultados fueron que la intervención basada en la web para el duelo prolongado después de un duelo por cáncer reduce los síntomas del trastorno de duelo prolongado.

Reitsma, et al. (2023): El objetivo de este ensayo fue indagar los efectos a corto plazo una terapia cognitivo-conductual (TCC) autoguiada aplicada en línea para disminuir el trastorno de duelo complejo persistente temprano (PCBD), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. La población fueron adultos y adultos mayores con síntomas de duelo durante la pandemia. La intervención está basada en el protocolo de tratamiento presencial que incluye exposición y reestructuración cognitiva. En las sesiones se brinda información sobre las respuestas normales y anormales del duelo, se les ayuda a afrontar la pérdida, a tener mayor confianza en sí mismos, en otras personas y en el futuro, participar en actividades que promuevan la adaptación de una vida sin la persona fallecida. También, se trabaja con exposición y se explica que la evitación es inconveniente para la recuperación de la pérdida. En la reestructuración cognitiva se identifican pensamientos desadaptativos y se les apoya para fortalecer las cogniciones adaptativas. En activación conductual, se les indica a los participantes que vuelvan a realizar las actividades que hacían antes de sufrir la pérdida. Cabe recalcar que la información y las tareas durante las sesiones se realizaban por escrito y un terapeuta las explicaba en mensajes de vídeo anteriormente grabados, no era posible poder comunicarse con los videotapeutas. Resultados fueron que la TCC en línea es eficaz, ya que logró disminuir los síntomas de PCBD, PTSD y depresión.

Treml, et al. (2021): Tuvo el propósito de examinar la eficacia de una terapia de duelo cognitivo-conductual (ICBGT) aplicada por internet para personas adultas en duelo por pérdida por suicidio. Esta intervención inicialmente fue desarrollada para

personas que sufren estrés postraumático y luego fue adaptada para los síntomas de duelo complicado. El programa consta de diez tareas de escritura en tres fases, la primera fase es de autoconfrontación con cuatro tareas, en el cual se les solicitó a los participantes que compartieran sobre su experiencia más dolorosa en relación con el suicidio de su ser querido, que escribieran a detalle sus pensamientos, emociones. Esta fase tiene como objetivo reducir sentimientos como ansiedad y culpa por medio de un reprocesamiento y reducción de la conducta de evitación. La segunda fase fue de reestructuración cognitiva, consta de 4 tareas y se centra en la restauración e integración de la pérdida. Se les ayudó a los participantes a elaborar estrategias de afrontamiento que sean efectivas y realistas. Además, se les solicitó que escribieran una carta de apoyo a un amigo que había pasado por el mismo tipo de pérdida. El objetivo de esta fase y de las tareas de escritura es ayudar a los sujetos a recuperar una sensación de control sobre sus propias vidas y realizar un nuevo rol para sí mismos. La tercera fase es intercambio social con dos tareas, en el cual se les pidió a los participantes que escribieran una carta a una persona afectada por la pérdida, esta carta les sirvió para poder plasmar lo aprendido durante la intervención y lo que quieren implementar para afrontar de mejor manera su pérdida. Los resultados fueron que el ICBGT es eficaz para personas que tienen síntomas de TDP después de un duelo por suicidio.

Yu, et al. (2022): El objetivo fue explorar un nuevo enfoque de intervención psicosocial de duelo desarrollado para las personas en duelo por la pandemia en Wuhan, con un programa “Programa Be Together” (BTP). El BTP, fue un programa realizado por trabajadores sociales que trabajaron en conjunto con profesionales de

salud mental que les brindaron asesoramiento y supervisión en línea para diseñar y llevar a cabo el programa. El apoyo entre ambas profesiones mejoró los recursos y la calidad de intervención. El Programa Be Together, tuvo como marco teórico el modelo de proceso dual y utilizó internet y las redes sociales para la aplicación, además combinó la intervención grupal e individual. Los resultados fueron que el BTP, redujo la sintomatología del duelo, especialmente ayudó a los participantes que tenían síntomas de duelo más severos. Cabe resaltar que no hubo grupo control.

Lenferink, et al. (2023): El propósito de esta intervención fue investigar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual basada en Internet para adultos que estén atravesando por un duelo por accidente de tráfico con niveles de síntomas clínicamente relevantes de duelo prolongado, estrés postraumático y/o depresión. La terapia utilizada fue la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y fue aplicada en línea de manera individual. La intervención fue de 8 sesiones y tuvo una duración de 12 semanas. Las sesiones se dividieron en tres tareas: 1) afrontar la pérdida y el dolor; 2) mantener la fe tanto en uno mismo como en los demás, en la vida y en el futuro; y por último 3) hacer cosas útiles. En la primera sesión se brindó psicoeducación sobre las probables reacciones emocionales que pueden ocurrir luego de la muerte de alguien querido en un accidente de tráfico. En las sesiones 2 a 4 se trabajó exposición a estímulos relacionados con la pérdida; para ello, se les pidió a los participantes que escribieran un texto detallado sobre el accidente y que apuntaran lo que más extrañan del ser querido que falleció. En las sesiones 5 y 6 se proporcionó terapia cognitiva, incluyendo ejercicios de reestructuración cognitiva. En las sesiones 7 y 8 se animó a los

participantes a volver a participar en actividades sociales, recreativas y ocupacionales que más les agrada antes de la pérdida. Los participantes accedieron a todas las sesiones por medio de la plataforma en línea llamada Therapieland. Los resultados del estudio fueron que la intervención TCC en línea fue adecuada produciendo mejoras significativas sobre el duelo prolongado, el estrés postraumático y los síntomas de depresión después del tratamiento y en el seguimiento.

Kersting, et al. (2013): El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención en línea para padres que han experimentado una pérdida de embarazo, utilizando un ensayo controlado aleatorio con un tamaño de muestra apropiado. A los participantes del programa se les asignaron dos tareas de escritura de 45 minutos cada semana durante 5 semanas, totalizando 10 tareas. La intervención se dividió en tres fases: (a) autoconfrontación, (b) reevaluación cognitiva y (c) intercambio social. En la fase de autoconfrontación, se pidió a los participantes que redactaran 4 textos detallados sobre las circunstancias de la pérdida, centrándose en sus percepciones sensoriales y utilizando la primera persona y el tiempo presente. Durante la fase de reevaluación cognitiva, los participantes debían escribir una carta de apoyo a un amigo imaginario que había vivido una pérdida similar, abordando sentimientos de culpa, desafiando pensamientos disfuncionales y corrigiendo creencias poco realistas, con el objetivo de promover nuevas perspectivas sobre la pérdida. En la fase de intercambio social, se les pidió a los participantes que escribieran una carta simbólica de despedida a una persona importante, un testigo de la pérdida o a sí mismos, incluyendo recuerdos difíciles, reflexiones sobre el proceso terapéutico y cómo manejarían la pérdida en el

futuro. Los resultados indicaron que el grupo que participó en la intervención mostró una reducción significativa en los síntomas de estrés postraumático, duelo prolongado, depresión y ansiedad en comparación con el grupo de control.

Los instrumentos para medir el Trastorno de Duelo prolongado en estos estudios fueron el Inventario de Duelo Complicado-Revisado versión holandesa, Inventario de Duelo Complicado, Inventario de duelo traumático (TGI-CA), Escala de trastorno de duelo prolongado (PG-13), Cuestionario de Experiencia de Duelo (GEQ) e Inventario de duelo traumático- Autoinforme Plus (TGI-SR+). Además, entre las siete investigaciones se midieron otras variables como ansiedad, depresión, estrés postraumático, crecimiento postraumático, somatización, la calidad del sueño, cogniciones de duelo negativas, la salud mental y física, evitación, rumiación en duelo y rumiación depresiva. Por esta razón, se utilizaron los instrumentos Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), Escala de Síntomas de TEPT, Escala de Respuesta Ruminativa (RRS), Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD 7), Escala de eventos-Revisado (IES-R), Inventario de Crecimiento Postraumático, Índice de calidad del sueño de Pittsburgh, Encuesta de salud breve, Lista de verificación de PTSD, Inventario de Depresión de Beck, Inventario Breve de Síntomas (BSI), Cuestionario de evitación depresiva y ansiosa en duelo prolongado (DAAPGQ), Cuestionario de cogniciones de duelo (GCQ-18) y Escala de Rumiación del Duelo de Utrecht (UGRS).

Los criterios de inclusión en común fueron haber perdido un familiar al menos de 3 meses a 1 año antes del estudio, nivel elevado de duelo complicado y tener acceso a

internet. Los criterios de exclusión en común fueron depresión, psicosis, deterioro cognitivo físico y cognitivo, ideación suicida, tendencia disociativa, trastorno psicótico, abuso de sustancias, psicoterapia en curso y tratamiento farmacológico inestable.

La población de las siete investigaciones fueron adultos que tengan seres queridos fallecidos en pandemia por Covid-19, por cáncer, muerte por suicidio, accidentes de tránsito, padres en duelo, siendo mayormente mujeres con alto nivel educativo y padres que han sufrido una pérdida de embarazo.

Las intervenciones que tuvieron mejores resultados, fueron: Intervención Cognitivo Conductual (TCC) basado en la web o componentes de la TCC, intervención que usa exposición y reestructuración cognitiva y otra intervención basada en el modelo de proceso dual.

El estudio de la Eisma (2015) consideró en la intervención para un grupo, la exposición. La justificación para utilizar dicho componente fue que el evitar recordatorios dolorosos relacionados con la pérdida puede ser un factor para desarrollar y mantener el duelo complicado, debido a que no hay una aceptación de la pérdida. Además, la exposición mejora la rumiación. En esta investigación se sugiere que aplicar los módulos de tratamiento de manera individual de la TCC por separado puede ser más eficaz para disminuir el duelo complicado y en menor tiempo. No obstante, otros estudios como los realizados por Lenferink et al.2023 han aplicado la TCC con todos los componentes obteniendo resultados favorables, por lo tanto, falta mayor investigación sobre este aspecto.

La TCC en línea que aplicaron los estudios trabajaron con los componentes de exposición, reestructuración cognitiva y activación conductual. Empero, cada investigación lo adaptó a las necesidades de la población o a la situación de pandemia que se atravesaba a nivel mundial. Por ejemplo, en la investigación de Kaiser, la TCC fue aplicada para personas que atravesaron la pérdida de un familiar por cáncer. Esta enfermedad aumenta el riesgo de trastorno de duelo prolongado debido al deterioro del bienestar mental durante el tiempo de enfermedad, por lo cual, es importante un tratamiento especializado para esta población. De igual manera, en la investigación de Reitsma, la prevalencia de duelo puede ser más alta por factores relacionados con el Covid-19 como aislamiento social, falta de apoyo social y no poder realizar rituales de despedida, además las personas en duelo sienten culpa, somatización, arrepentimiento e ira. Además, el estudio realizado por Trembl et al. en 2021, los participantes que perdieron a un familiar por un suicidio, al ser un evento traumático, pueden generar niveles más altos de vergüenza, rechazo, culpa, responsabilidad, estigma, deseo de ocultar la causa de la muerte y sensación de culpabilidad. Por este motivo existe la necesidad de intervenciones destinadas a reducir el duelo de las personas en duelo por suicidio. Otra población que necesita una intervención específica son los individuos que atraviesan la pérdida de un familiar por un accidente de tránsito, tal y como lo realiza Lenferink et al. en 2023.

Para estas poblaciones padres en duelo, muerte con suicidio, pérdida de un familiar por cáncer, pérdida por accidente de tránsito, padres que han perdido a un hijo durante el embarazo se ha evidenciado ser eficaz la terapia basada en Internet, ya que, ofrece

ayuda de fácil acceso para los dolientes que no pueden viajar o viven en áreas remotas. También, supera problemas de transporte, también es más económico y accesible y puede disminuir el estigma. Asimismo, es más flexible y el anonimato de internet podría disminuir el miedo a ser juzgado.

La mayoría de investigaciones utilizan la escritura como medio de intervención, no obstante, existen otras maneras de aplicar intervenciones en línea como la intervención realizada por Yu et. al 2022, el cual por medio de una aplicación se creó un grupo que ayude a los participantes a conectar. Un dato interesante de este estudio es que utilizó el “Modo Supermercado” que consiste en ofrecer una lista de opciones sobre temas y actividades y que los participantes puedan elegir lo que les interesaba, en vez de recibir temas y actividades predeterminados.

En conclusión, los tratamientos en línea pueden brindar ventajas frente a las intervenciones presenciales, por ejemplo, pueden ser más rentables, accesibles para personas que viven en zonas remotas, personas con poca movilidad y resultó ser eficaz en el periodo de pandemia cuando el mundo estaba en confinamiento.

Reflexiones teóricas sobre el tema.

Los modelos teóricos en que se basaron las distintas investigaciones buscadas en la presente investigación, fueron Modelo Cognitivo Conductual de Duelo Prolongado, Principio de las cuatro tareas de duelo de Worden, Modelo del Apego, Modelo del duelo centrada en el significado, Modelo metacognitivo para el trastorno por duelo prolongado y Modelo de Procesamiento Dual. Cada una de ellas brinda una perspectiva

y explicación valiosa sobre el duelo prolongado, que pueden ser útiles para distintos contextos.

Algunos modelos tienen raíces o bases en el Modelo Cognitivo Conductual, como el Modelo metacognitivo para el trastorno por duelo prolongado que tiene sus raíces en la teoría metacognitiva y está a su vez es una variación de la Terapia Cognitivo Conductual (Carro y Sanz, 2015).

Asimismo, las Cuatro tareas de Worden tiene base del modelo cognitivo, ya que, como el duelo afecta a las creencias e identidad del doliente, se deben reconstruir y ello lo podrán hacer con las tareas para que puedan tener una adecuada adaptación a la pérdida (Falagán, 2014).

Al analizar acerca de los modelos teóricos sobre duelo prolongado considero que el modelo que mejor comprende este trastorno es el Modelo Cognitivo Conductual, debido a que interviene en los procesos cognitivos, conductuales y emocionales que se manifiestan en el duelo prolongado. Este modelo tiene procesos centrales que explican la aparición o permanencia de los síntomas del TDP como la integración insuficiente de la experiencia de la pérdida en la vida del afligido, pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro, evitación ansiosa que abarca los recordatorios de la pérdida y evitación depresiva, en el cual el doliente evita actividades sociales, ocupacionales y de ocio (Doeringa y Eisma, 2016 y Stroebe et. al, 2017).

Además, el Modelo Cognitivo Conductual no sólo tiene una teoría válida sino también cuenta con evidencia empírica. Diversos estudios han demostrado que, al

utilizar este modelo, se reduce el duelo prolongado (Stroebe, et. al 2017).

Ello es sustentado en la presente investigación, ya que, las intervenciones más eficaces para la reducción del Trastorno de Duelo Prolongado utilizan el Modelo Cognitivo Conductual, como las terapias Cognitivas Conductuales y la psicoterapia llamada Terapia de Duelo Complicado elaborada por Shear, que se basa en múltiples modelos, siendo uno de ellos el Modelo Cognitivo Conductual (Mughal et. al, 2023).

Estas investigaciones usan la exposición, reestructuración cognitiva y activación conductual. La bibliografía ha demostrado que contar la historia de la pérdida del ser querido, exposición imaginal y en vivo para dejar de evitar, también trabajar en nuevas metas de vida, reestructuración cognitiva y activación conductual reducen los síntomas de duelo prolongado (Doering y Eisma ,2016).

Además, algunas investigaciones utilizan como base este modelo y sus componentes y adicionan a la intervención modelos como el Modelo del Apego y el Modelo de Procesamiento Dual.

Actualmente, el TDP está incluido dentro del DSM 5-TR y el CIE 11, debido a que algunos investigadores sobre duelo como Prigerson, Shear, Reynolds, Horowitz, entre otros, han demostrado la validez de los criterios diagnósticos (Prigerson et. al, 2021). Por otro lado, entre el CIE 11 y el DSM 5 TR existen algunas discrepancias, el más importante de ellos es el tiempo que consideran para el diagnóstico de trastorno de duelo prolongado, ello puede significar un problema al momento de evaluar y plantear intervenciones para la población. Asimismo, hay una cuestión cultural, por lo que no

se puede generalizar los criterios diagnósticos porque la validez de conceptualizaciones proviene de países occidentales por lo que se debe investigar si los criterios son aplicables para todo el mundo (Eisma, 2023). Siguiendo en esta misma línea, el aspecto cultural también debe ser considerado para las intervenciones, por ejemplo, en un estudio de Chow et al., (2019), en el cual aplicaban una intervención basada en el modelo de procesamiento dual, agregaron elementos de la cultura china como ideas chinas sobre salud, la cocina, la dieta saludable china y la nutrición. Además, utilizó un ritual terapéutico que usa la liberación de peces. Es decir, adaptaron la intervención a la cultura china. Esto puede servir de precedente para realizar lo mismo en el Perú.

Otro problema con la reciente inclusión del TDP a ambos manuales, es que con las propuestas anteriores tienen diferencias en la cantidad de criterios y contenido de los síntomas. En consecuencia, los instrumentos que se han utilizado hasta el momento como el ICG y PG-13 no toman en consideración la evaluación integral de este trastorno según el CIE 11 y DSM 5 TR (Eisma, 2023). Es por esto que se debería realizar nuevos instrumentos basados en ambos manuales o adaptar los que ya existen.

Por otro lado, las diferencias entre duelo y trastorno de duelo prolongado, según las investigaciones realizadas a través de los años, podrían ser por la duración, gravedad y deterioro funcional (Eisma, 2023).

Por otro lado, existe una falta de evidencia sobre farmacología para el TDP, la investigación llevada a cabo por Shear et al. 2016, obtuvo el resultado que el antidepresivo citalopram no fue efectivo en la disminución de PGD (Prigerson et al., 2021). Actualmente, se está estudiando el uso de naltrexona para la reducción de PGD,

tomando como base la evidencia de la neurobiología indicando que en este trastorno existe una desregularización de las vías de recompensa. Este medicamento es utilizado para los trastornos de dependencia y se tiene como hipótesis que la naltrexona reducirá el PGD debido a la similitud neurobiológica que tiene con la adicción, ya que, la persona en duelo siente necesidad de conectar con el ser querido fallecido (Eisma, 2023).

Impacto social y teórico del tema.

La presente investigación documental contribuye a la psicología en general brindando información actual sobre los modelos que explican el TDP y las intervenciones psicológicas que derivan de ellas. Siendo considerado el Modelo Cognitivo Conductual para el Duelo Prolongado como el que mejor explica este trastorno, debido a que comprende con eficacia los procesos que atraviesan las personas en duelo prolongado. Además, tiene evidencia práctica y teórica porque de ese modelo están basadas diversas investigaciones. También es importante algunas investigaciones si bien utilizan como base este modelo y sus componentes, implementa la intervención con otros modelos como por ejemplo Modelo del Apego y el Modelo de Procesamiento Dual.

Esta información hallada, aporta a la práctica de la Psicología Clínica y de la Salud debido a que puede ser utilizado por personal de salud mental que trabajen con población que estén atravesando por un duelo prolongado, ya que, brinda evidencia para desarrollar intervenciones eficaces en la población peruana. Esto es relevante porque según datos del 2022 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI),

la mortalidad en el país desde el año 2019 ha ido incrementando, siendo el pico más alto en el 2021 debido a la pandemia por COVID 19, lo que significa que en el Perú hay muchas personas atravesando por un duelo. Dos investigaciones indagaron sobre el duelo en familiares sufrieron la pérdida un ser querido durante la pandemia y los resultados que obtuvieron fue que alrededor del 50 por ciento de la población de estudio indicaron duelo con niveles altos o duelo complicado (Mestanza, 2020; Caballero y Landauro, 2024).

En esta misma área de la psicología, en análisis de la presente revisión documental, aporta a la práctica clínica indicando algunas pautas o mejoras que se pueden brindar en las intervenciones. Por ejemplo, introducir a una persona de apoyo en las intervenciones podría ser beneficioso para reducir el trastorno de duelo prolongado. Además, se debe tener en cuenta al momento de realizar intervenciones las características específicas de la población estudiada, por ejemplo, en adultos mayores, viudos. Asimismo, individuos que han atravesado la muerte de un ser querido en situaciones traumáticas como padres que han perdido a un hijo por cáncer, personas que han perdido a un ser cercano por suicidios, accidentes de tránsito y ahora también personas que han experimentado una pérdida durante la pandemia.

Además, aporta a la psicología señalando algunas dudas que se deben investigar sobre la manera de aplicación de las intervenciones, ya que, los estudios brindan tres formas de aplicación: grupal, grupal-familiar e individual. Cada una de ellas tiene ventajas y desventajas, sin embargo, se debe indagar las características de la población o individuos que mejor se benefician con cada forma de aplicación. Además,

actualmente hay dos formas de aplicar: intervenciones basadas en internet e intervenciones cara a cara. Al realizar el análisis en la presente revisión documental, se halló que los tratamientos en línea pueden brindar ventajas frente a las intervenciones presenciales, por ejemplo, pueden ser más rentables, accesibles para personas que viven en zonas remotas, personas con poca movilidad y resultó ser eficaz en el periodo de pandemia cuando el mundo estaba en confinamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta la realidad del Perú, ya que, según el Ministerio de Transporte y Comunicaciones (MTC) los adultos mayores de 60 años hicieron menos uso de internet en relación con otros grupos etarios, ello demuestra una brecha en el uso de internet en este grupo de adultos mayores. Es por esto que este Ministerio señaló la urgencia de diseñar políticas para que se incorpore a este grupo en objetivos y políticas de conectividad a nivel nacional.

Asimismo, al realizar el análisis de las intervenciones preventivas, se encontró que estas intervenciones sólo podrían estar dirigidas hacia los dolientes con síntomas de duelo significativos y con riesgo de desarrollar TDP. De igual manera, en la presente se investigó sobre los factores de riesgo para el desarrollo de TDP. Por esto, a nivel de la psicología social, se podría aportar realizando intervenciones o programas preventivo-promocionales a nivel primario y secundario para una apropiada atención a las necesidades de adultos y adultos mayores que están atravesando por un duelo.

En cuanto al impacto social, el tratamiento con Terapia Cognitivo Conductual puede beneficiar a la población peruana disminuyendo el Trastorno de Duelo Prolongado, ayudando a que encuentren significado a la pérdida y se adapten a esta.

Además, les puede favorecer en mejorar la calidad de vida, reducir tanto las ideas suicidas, aislamiento social, abuso de sustancias, ansiedad, depresión y problemas cardíacos (Sun, Bao y Lu, 2020; Supiano y Luptak, 2014; Bryant, Kenny, Joscelyne, Rawson, Maccallum, Cahill, Hopwood, Aderka y Nickerson ,2014; Mughal, et. al, 2023).

III.CONCLUSIONES

Para concluir la presente revisión documental se realizará un resumen de la información recogida en base a los objetivos.

En relación al objetivo general, “analizar el impacto teórico y social de las intervenciones psicológicas para el tratamiento en duelo prolongado en los últimos 10 años”. La investigación brinda información actual sobre los modelos que explican el TDP y las intervenciones psicológicas que derivan de ellas. Al realizar un análisis y búsqueda de información, se consideró que el modelo e intervención que tiene mayor evidencia tanto práctica como teórica fue el Modelo Cognitivo Conductual para el Duelo Prolongado y por ende la Intervención Cognitivo Conductual. Ello es relevante porque los profesionales en salud mental pueden realizar intervenciones basadas en este modelo para reducir con eficacia el Trastorno de Duelo Prolongado a nivel nacional.

También se señala que los profesionales en salud mental que realicen intervenciones para disminuir el TDP, deben tener en consideración las características de la población (grupo etario, tipo de muerte), la manera de aplicación (grupal, grupal-familiar, individual, presencial y basados en internet) y la cultura peruana para adaptar la intervención.

Además, en el análisis de las intervenciones preventivas, se halló que este tipo de intervenciones sólo podrían estar dirigidas para las personas que han atravesado la pérdida de un ser querido y que tengan síntomas de duelo significativos y con riesgo

de desarrollar trastorno de duelo prolongado y que los grupos de apoyo podrían ser para los demás dolientes.

En el impacto social, una intervención adecuada utilizando una Intervención Cognitivo Conductual, puede beneficiar a los peruanos para reducir el TDP y mejorar su calidad de vida.

En cuanto al primer objetivo específico, “describir instrumentos de evaluación utilizados en la intervención del duelo prolongado.” Los instrumentos que se describieron fueron los siguientes: entrevista para el duelo complicado-13 (PG-13), Inventario de Duelo Complicado (ICG), Escala de Rumia de Duelo de Utrecht (UGRS) y el Cuestionario de Experiencia de Duelo (GEQ). Siendo de estos el ICG, el único validado y adaptado al contexto peruano.

El segundo objetivo específico, “describir los diseños utilizados en las investigaciones sobre intervenciones en duelo prolongado.” Las 22 investigaciones que se analizaron son cuantitativas, 16 de tipo experimental con un diseño llamado Ensayo Clínico Aleatorio, 3 estudios con diseño ensayo piloto controlado y 3 estudios pilotos.

Referencias

- Al Wahaibi, A., Al-Maani, A., Alyaquobi, F., Al-Jardani, A., Al Rawahi, B. & Al-Abri, S. (2021). Effects of COVID-19 on mortality: A 5-year population-based study in Oman [Efectos de la COVID-19 en la mortalidad: un estudio poblacional de cinco años en Omán]. *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 104, pp. 102 – 107. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.12.054>
- Aguinaga, S. y Perez, D. (2022). *Adaptación del inventario de duelo complicado en familiares fallecidos por COVID – 19 de Lima Este 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/89661/Aguinaga_ASN-P%a9rez_MDN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aguinaga, S. y Perez, N. (2021). Duelo y duelo complicado: Una revisión de la literatura científica en el tiempo. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 1(2), 197-204. <https://doi.org/10.46363/jnph.v2i1.4>
- Alonso-Lláser, L., Lacomba, L. y Perez, M. (2021). Factores de protección de duelo complicado en dolientes de primer grado: atención al presente y autocompasión. *Revista Psicología de la Salud*, 8(1). 113-122. <http://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.709>
- Alonso-Lláser, L., Lacomba, L. y Perez, M. (2022). Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado. *Psicología y Salud*, 32 (1), 161 – 170. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2722>
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los Criterios diagnósticos del DSM-5* [Archivo pdf].

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Araujo, M., García, S. & García-Navarro, E. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería clínica*, 31, 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

Arenas, V., Silva Monsalve, G., Annicchiárico, J., Contreras, L., Luna, G., Martínez de Biava, Y., Bermúdez, V., Jaimes, Y. y Raynaud, N. (2019). Tendencias en intervención psicológica y psicoterapia en el Norte de Santander-Colombia. *AVFT – Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica*, 37(5). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16159

Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: Características y modelos* [Archivo pdf]. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>

Barbosa, V., Sá, M. & Rocha, J.C. (2013). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood [Ensayo controlado aleatorio de una intervención narrativa cognitiva para el duelo complicado en la viudez]. *Aging Mental Health*, 18 (3), 354–362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>

Becerra, B. y Mestanza, B. (2021). *Grado de duelo ante la muerte en familiares fallecidos por Covid - 19, Lima - 2020* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/754>

- Borghi, L., Menichetti, J. & Vegni, E. (2021). A Phone-Based Early Psychological Intervention for Supporting Bereaved Families in the Time of COVID-19 [Una intervención psicológica temprana telefónica para apoyar a las familias en duelo en tiempos de COVID-19]. *Revista Front Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.625691>
- Bryant, R.A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., ... Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder a randomized clinical trial [Tratamiento del trastorno de duelo prolongado: ensayo clínico aleatorizado]. *JAMA Psychiatry* 71 (12),1332–1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Buur, C., Zachariae, R., komischke-Konnerup, K., Marellø, M., Schierff, L. & O' Connor (2024). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis [Factores de riesgo de síntomas de duelo prolongado: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Revisión de psicología clínica*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>.
- Caballero, L. y Landauro, M. (2024). *Duelo y Estado de ánimo en familiares de pacientes fallecidos por Covid - 19 en Trujillo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Antenor Orrego]. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/19891>
- Carro-de-Francisco, C. y Sanz-Blasco, R.. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud*, 26(3),159-166. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.003>

- Castillo, B. y Cespedes, D. (2022). *Adaptación y propiedades psicométricas del Inventario de Duelo Complicado en adultos de Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/103093/Castillo_MBV-Cespedes_MDJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chow, A., Caserta, M., Lund, D., Suen, M., Xiu, D., Chan, I. & Chu, K. (2019). Intervención grupal de duelo de proceso dual (DPBGI) para adultos mayores viudos. *The Gerontologist*, 59, 983–994. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 11). 6B42 Trastorno por duelo prolongado. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#1183832314>
- Colaboradores de Exceso de Mortalidad Covid – 19 (2022). Estimación del exceso de mortalidad debido a la pandemia de COVID-19: un análisis sistemático de la mortalidad relacionada con la COVID-19, 2020-21. *The Lancet*, 399: (10334). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3), P1513-1536
- Comtesse, H., Vogel, A., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., & Rosner, R. (2020). When does grief become pathological? Evaluation of the ICD-11 diagnostic proposal for prolonged grief in a treatment-seeking sample [¿Cuándo el duelo se vuelve patológico? Evaluación de la propuesta diagnóstica CIE-11 para el duelo prolongado en una muestra en busca de tratamiento]. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1694348. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694348>

- Costáble, D. (2016). *Una mirada desde el psicoanálisis a los procesos de duelo en adultos* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República Uruguay].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/34430/1/Cost%C3%A1ble%20Guido%2C%20Daniela.pdf>
- Cruz-Gaitán, J., Corona, I., Portas, J. (2017). *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado* [Archivo pdf].
https://www.researchgate.net/publication/329655368_Terapia_Cognitivo_Conductual_en_el_manejo_de_Duelo_Complicado/link/5d2b23f5458515c11c2ede19/download
- De la Torre, M., Pardo, R. (s.f.). Guía para la intervención telepsicológica. Colegio de psicólogos de Madrid, ISBN: 978-84-87556-86-9. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Diego, N. (2014). *El duelo: Diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cantabria].
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO%20FALAGAN%2C%20NURIA.pdf?sequence=1&isAllowe>
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder [Impacto y consecuencias de la pandemia de COVID-19 en el duelo complicado y el trastorno de duelo complejo persistente]. *Psychiatry research*, 300, 113916.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>

- Djelantik, A., Smid, G., Mroz, A., Kleber, R., & Boelen, P. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis [La prevalencia del trastorno de duelo prolongado en personas afligidas después de pérdidas no naturales: revisión sistemática y análisis de metarregresión]. *Journal of affective disorders*, 265, 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Doering, B. K., & Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward [Tratamiento del duelo complicado: estado de la ciencia y caminos a seguir]. *Current opinion in psychiatry*, 29(5), 286–291. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000263>
- Doering, B. K., Barke, A., Friehs, T., & Eisma, M. C. (2018). Assessment of grief-related rumination: validation of the German version of the Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS) [Evaluación de la rumiación relacionada con el duelo: validación de la versión alemana de la Escala de Rumiación del Duelo de Utrecht (UGRS)]. *BMC psychiatry*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1630-1>
- Doering, B. K., Barke, A., Vogel, A., Comtesse, H., & Rosner, R. (2022). Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder [Predictores del trastorno de duelo prolongado en una muestra de población representativa de Alemania: lo inesperado del duelo contribuye a la gravedad del duelo y al trastorno de duelo prolongado]. *Frontiers in psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698>

- Dominguez, D. (2018). *Duelo complicado por suicidio: Efectividad del tratamiento de duelo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1636/434347.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dominguez-Rodriguez, A., Sanz-Gomez, S., González Ramírez, L. P., Herdoiza-Arroyo, P. E., Trevino Garcia, L. E., de la Rosa-Gómez, A., González-Cantero, J. O., Macias-Aguinaga, V., & Miaja, M. (2023). The Efficacy and Usability of an Unguided Web-Based Grief Intervention for Adults Who Lost a Loved One During the COVID-19 Pandemic: Randomized Controlled Trial [La eficacia y usabilidad de una intervención de duelo no guiada basada en la web para adultos que perdieron a un ser querido durante la pandemia de COVID-19: ensayo controlado aleatorio]. *Journal of medical Internet research*, 25, e43839. <https://doi.org/10.2196/43839>
- Downar, J., Parsons, H. A., Cohen, L., Besserer, E., Adeli, S., Gratton, V., Murphy, R., Warmels, G., Bruni, A., Bhimji, K., Dyason, C., Enright, P., Desjardins, I., Wooller, K., Kabir, M., Noel, C., Heidinger, B., Anderson, K., Arsenaault-Mehta, K., Lapenskie, J., ... Lawlor, P. (2022). Bereavement outcomes in family members of those who died in acute care hospitals before and during the first wave of COVID-19: A cohort study [Resultados del duelo en familiares de quienes murieron en hospitales de cuidados intensivos antes y durante la primera ola de COVID-19: un estudio de cohorte]. *Palliative medicine*, 36(8), 1305–1312. <https://doi.org/10.1177/02692163221109711>

- Durán, A. (2019). Intervención de asesoramiento en el duelo anticipado para familiares de pacientes en situación terminal por enfermedad oncológica. [Tesis de Maestría, Centro de estudios de postgrado de la Universidad de Jaén]. Repositorio académico UJAEN <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/11326/1/TFM.DURAN.MIRANDA.pdf>
- Ebiz noticias (2022). Menos de un tercio de los adultos mayores están conectados a internet en Perú. <https://ebiz.pe/noticias/menos-de-un-tercio-de-los-adultos-mayores-estan-conectado-a-internet-en-el-peru/>
- Eisma M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies [Trastorno de duelo prolongado en la CIE-11 y el DSM-5-TR: desafíos y controversias]. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 57(7), 944–951. <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. [Duelo antes y durante la pandemia de COVID-19: comparaciones de múltiples grupos]. *Journal of pain and symptom management*, 60(6), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Eisma, M., Boelen, P., 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 [Exposición basada en Internet y activación conductual para el duelo y la reflexión complicados: un

- ensayo controlado aleatorio]. *Behavioral Therapy*, 46 (6), 729–748.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>
- Gamba – Collazos, H., Navia, C. (2015). Adaptación del inventario de Duelo complicado en población colombiana. *REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 26 (1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v26n1/0121-5469-rcps-26-01-00015.pdf>
- García, J. (2010). *Análisis comparativo del proceso de duelo desde dos perspectivas psicológicas: El psicoanálisis y el humanismo* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Buenaventura, Santiago de Cali].
https://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SOCIALES_8/Psicologia/51.pdf
- Gavilán, L. (2023). La muerte y el ritual del desprecio. Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga. <https://doi: 10.46476/ra.v3i2.129>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic [Duelo complicado: qué esperar después de la pandemia de coronavirus]. *Frontiers in psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>
- Gojman-de-Millán, S., Herreman, C. y Sroufe, L. (2018). *La teoría del apego Investigación e intervención en distintos contextos socioculturales* [Archivo pdf]. <https://es.scribd.com/document/556725933/Gojman-De-Millan-Herreman-Sroufe-2018-Cap-1-La-Teoria-Del-Apego>

- Goveas, J., Shear, M. (2020). El duelo y la pandemia de Covid – 19 en adultos mayores. *Treatment in Geriatric Mental Health: Research in Action*, vol. 28 (10), pp. 1119 –1125. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Harrop, E., Medeiros Mirra, R., Goss, S., Longo, M., Byrne, A., Farnell, D. J. J., Seddon, K., Penny, A., Machin, L., Sivell, S., & Selman, L. E. (2023). Prolonged grief during and beyond the pandemic: factors associated with levels of grief in a four time-point longitudinal survey of people bereaved in the first year of the COVID-19 pandemic [Duelo prolongado durante y después de la pandemia: factores asociados con los niveles de duelo en una encuesta longitudinal de cuatro puntos temporales de personas en duelo durante el primer año de la pandemia de COVID-19]. *Frontiers in public health*, 11, 1215881. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1215881>
- Hilberdink, C., Ghainder, K., Dubanchet, A., Hinton, D., Djelantik, A., Hall, B. & Bui, E. (2023). *Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective* [Problemas de duelo y trastorno de duelo prolongado: una perspectiva global]. *Global mental health*, 10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.28>
- Instituto Nacional de Estadística e informática (2022). *Estadísticas vitales: Nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios* [Archivo pdf]. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5555855/4937868-estadisticas-vitales-nacimientos-defunciones-matrimonios-y-divorcios-2022%282%29.pdf?v=1706629927>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2018). *INEI difunde base de datos de los Censos Nacionales 2017 y el perfil sociodemográfico del Perú* [Archivo pdf]. https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-155-2018-inei_1.pdf
- Johns Hopkins University & Medicine (s.f). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Panel del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins]. [Coronavirus.jhu.edu/map.html](https://coronavirus.jhu.edu/map.html)
- 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 [Intervención basada en la web asistida por un terapeuta para el trastorno de duelo prolongado después de un duelo por cáncer: ensayo controlado aleatorio]. *JMIR mental health*, 9(2). <https://doi.org/10.2196/27642>
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J. Walter, F., Kroker, K., Baust, K. & Wagner, B. (2013). Una intervención breve basada en Internet reduce el estrés postraumático y el duelo prolongado en los padres después de la pérdida de un hijo durante el embarazo: un ensayo controlado aleatoriamente. *Psychother Psychosom*; 82(6), 372–381. <https://doi.org/10.1159/000348713>
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability [Trastorno de duelo prolongado para la CIE-11: la primacía de la utilidad clínica y la aplicabilidad

- internacional]. *European Journal of Psychotraumatology*, 8.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Lacasta, M. A., & Cruzado, J. A. (2023). Effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial [Efectividad de una terapia grupal cognitivo-conductual para el duelo complicado en familiares de pacientes con cáncer: un ensayo clínico aleatorizado]. *Palliative & supportive care*, 1–7.
<https://doi.org/10.1017/S147895152300010X>
- Ledesma, J. y Gutierrez, M. (2013). Estudios experimentales. Ensayo clínico aleatorizado. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 6 (2).
<https://fapap.es/articulo/246/estudios-experimentales-ensayo-clinico-aleatorizado>
- Lenferink, L., Eisma, M., Buiters, M., de Keijser, J. y Boelen, P. (2023). Terapia cognitivo-conductual en línea para el duelo prolongado después de una pérdida traumática: un ensayo aleatorio controlado en lista de espera. *Terapia cognitivo-conductual*, 52 (5), 508–522.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2225744>
- Levy, E. (2022). Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33 (156), 50-54.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>
- Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y., & Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy:

- Rationale and preliminary evaluation [Un ensayo abierto de terapia de duelo centrada en el significado: justificación y evaluación preliminar]. *Palliative & supportive care*, 17(1), 2–12. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000925>
- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Méndez, J. y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16, 291 – 297. https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado
- Litz, B., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A., ... Prigerson, H. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder [Un ensayo controlado aleatorio de una intervención preventiva indicada asistida por un terapeuta basada en Internet para el trastorno de duelo prolongado]. *Behavioral Research Therapy*, 61, 23–34.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2013). A Cognitive Attachment Model of prolonged grief: integrating attachments, memory, and identity [Un modelo de apego cognitivo del duelo prolongado: integrando apegos, memoria e identidad]. *Clinical psychology review*, 33(6), 713–727. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>
- Macías, J., Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología* 2018, Vol. 36, número 1-2, págs. 107-113. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/85212/717-1606-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions [Duelo complicado: Factores de riesgo, factores protectores e intervenciones]. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 16(2), 151–174.
<https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Maung K., Marques-Vidal, P. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la hospitalización, el tratamiento y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares en Suiza. *Corazón Abierto*, 10 (1). 10.1136/openhrt-2023-002259
- Miller, M. D., Stack, J., & Reynolds, C. F., 3rd (2018). A Two-Tiered Strategy for Preventing Complications of Bereavement in the First Thirteen Months Post-Loss: A Pilot Study Using Peer Supports with Professional Therapist Back-up [Una estrategia de dos niveles para prevenir las complicaciones del duelo en los primeros trece meses posteriores a la pérdida: un estudio piloto que utiliza apoyo de pares con el respaldo de un terapeuta profesional]. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(3), 350–357.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.011>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2023). Sala situacional Covid-19 Perú.
https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Ministerio de Salud - MINSA (2020). *Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA. Cuidado de la Salud Mental de la población afectada, familiar y comunidad*,

en el contexto del COVID - 19 [Archivo pdf].

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>

Ministerio de Salud - MINSA (2020). *Resolución Ministerial N° 152-2020-HCH/HD*

[Archivo pdf].

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5219558/RD%20N%C2%B0>

[%20152-2020-HCH-DG.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5219558/RD%20N%C2%B0%20152-2020-HCH-DG.pdf)

Ministerio de Transportes y Comunicaciones - MTC (2023). *Innovar para conectar:*

Estrategias y medidas de regulación inteligente para reducir la brecha digital

[Archivo pdf].

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4341442/Innovar%20para%20>

[conectar.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4341442/Innovar%20para%20conectar.pdf)

Morales, O. (2003). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía.*

Universidad de Los Andes. Venezuela. (Microsoft Word - FUNDAMENTOS

DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL Y LA

MONOGRAFIA) (ula.ve)

Moriconi, V. y Valero, E. (2020). El duelo durante la pandemia COVID – 19. *Mente y*

cerebro, 103, 30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7492821>

Mughal S, Azhar Y, Mahon MM, et al. (2023). Grief Reaction and Prolonged Grief

Disorder [Reacción de duelo y trastorno de duelo prolongado].

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507832/#>

Münch, U., Müller, H., Deffner, T., von Schmude, A., Kern, M., Kiepke-Ziemes, S., &

Radbruch, L. (2020). Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten,

schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive : Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), des Bundesverbands Trauerbegleitung (BVT), der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) [Recomendaciones para el apoyo a personas que sufren, gravemente enfermas, moribundas o en duelo durante la pandemia de corona desde una perspectiva de cuidados paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Alemana de Medicina Paliativa (DGP), la Asociación Interdisciplinaria Alemana de Medicina Intensiva y de Emergencia (DIVI), la Asociación Federal de Asesoramiento sobre el Duelo (BVT), el Grupo de Trabajo de Psicooncología de la Sociedad Alemana contra el Cáncer, la Asociación Alemana de Trabajo Social en el Sistema Sanitario (DVSG) y la Asociación Alemana de Terapia Sistémica, Asesoramiento y Terapia Familiar (DGSF)]. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 34(4), 303–313. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00483-9>

Nam, I. (2016). Complicated Grief Treatment for older adults: the critical role of a supportive person [Tratamiento del duelo complicado para adultos mayores: el papel fundamental de una persona de apoyo]. *Psychiatry Research*, 244, 97–102.

- Nam, I., (2017). Restoration-focused coping reduces complicated grief among older adults: a randomized controlled study [El afrontamiento centrado en la restauración reduce el duelo complicado entre los adultos mayores: un estudio controlado aleatorio]. *European Journal of Psychiatry*, 31 (3), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.002>
- Nam, Ilsung (2018). Effect of a Brief Family-Based Treatment on Complicated Grief in Bereaved Older Adults [Efecto de un tratamiento breve basado en la familia sobre el duelo complicado en adultos mayores en duelo]. *Annals of Geriatric Medical Research*, 22(2), 94 – 97. <https://doi: 10.4235/agmr.2018.22.2.94>
- Olivares, J., Olivares, P., Maciá, D. y Rosa, A. (2013). Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos. *Madrid: Pirámide*. <http://biblioteca.unfv.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=72551>
- Perez, D. y Atehortua, M. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8 (12). https://www.researchgate.net/publication/316121373_La_compreension_del_duelo_desde_la_psicoterapia_humanista
- Pociunaite, J., van Dijk, I., Reitsma, L., Nordström, E., Boelen, P. & Lenferink, L. (2023). Trayectorias latentes del trastorno de duelo prolongado basado en el DSM-5-TR: hallazgos de un proyecto de recopilación de datos MARBLES. *Revista europea de psicotraumatología*, 14 (2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2281183>
- Prigerson HG, Shear MK & Reynolds CF. (2022) Prolonged Grief Disorder Diagnostic Criteria—Helping Those With Maladaptive Grief Responses [Criterios de

diagnóstico del trastorno de duelo prolongado: ayuda para quienes tienen respuestas de duelo desadaptativas]. *JAMA Psychiatry*. 79(4):277–278. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.4201

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale [Validación de los nuevos criterios DSM-5-TR para el trastorno de duelo prolongado y la escala PG-13-Revisada (PG-13-R)]. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>

Prigerson, H., Kakarala, S., Gang J. & Maciejewski, P. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. [Historia y estado del trastorno de duelo prolongado como diagnóstico psiquiátrico]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 109 – 126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>

Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2023). Self-guided online treatment of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression in adults bereaved during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial [Tratamiento autoguiado en línea del duelo perturbado, el estrés postraumático y la depresión en adultos en duelo durante la pandemia de COVID-19: un ensayo controlado aleatorio]. *Behaviour research and therapy*, 163, 104286. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104286>

Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M. & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial

- [Eficacia de un tratamiento ambulatorio para el trastorno de duelo prolongado: un ensayo clínico controlado aleatorio]. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Shahini, N., Abbassani, S., Ghasemzadeh, M., Nikfar, E., Heydari-Yazdi, A. S., Charkazi, A., & Derakhshanpour, F. (2022). Grief Experience After Deaths: Comparison of Covid-19 and non-Covid-19 Causes [Experiencia de duelo después de la muerte: comparación de causas de Covid-19 y no Covid-19]. *Journal of patient experience*, 9. <https://doi.org/10.1177/23743735221089697>
- Shear, M. K., & Mulhare, E. (2008). Complicated grief [Duelo complicado]. *Psychiatric Annals*, 38(10), 662–670. <https://doi.org/10.3928/00485713-20081001-10>
- Shear, M., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C. & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial [Tratamiento del duelo complicado en personas mayores: un ensayo clínico aleatorizado]. *JAMA Psychiatry*, 71 (11), 1287–1295.
- Stegmeir D. (2023). Prolonged Grief Disorder: Recognition and Provision of Care Along the Bereavement Journey [Trastorno de duelo prolongado: reconocimiento y prestación de atención a lo largo del proceso de duelo]. *Journal of Christian nursing: a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 40(3), 166–170. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000001074>
- Stroebea, M., Schut, H. & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview [Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen

actualizado]. *Estudios de Psicología.*

<https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>

Sun, Y., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Addressing mental health care for the bereaved during the COVID-19 pandemic [Abordar la atención de salud mental para las personas en duelo durante la pandemia de COVID-19]. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(7), 406–407. <https://doi.org/10.1111/pcn.13008>

Supiano, K. & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy [Duelo complicado en adultos mayores: un ensayo controlado aleatorio de terapia grupal de duelo complicado]. *Gerontologist*, 54 (5), 840–856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>.

Sveen, J., Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., & Eisma, M. C. (2019). Rumination in bereaved parents: Psychometric evaluation of the Swedish version of the Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS) [Rumia en padres en duelo: evaluación psicométrica de la versión sueca de la Escala de Ruminación del Duelo de Utrecht (UGRS)]. *PloS one*, 14(3), e0213152. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213152>

Szuhany, K., Malgaroli, M., Miron, C., & Simon, N. (2021). *Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment* [Trastorno de Duelo Prolongado: Curso, diagnóstico, evaluación y tratamiento]. Focus (Publicación de la APA), vol. 19(2), pp. 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>

- Tang, S., Eisma, M. C., Li, J., & Chow, A. Y. M. (2019). Psychometric evaluation of the Chinese version of the Utrecht Grief Rumination Scale [Evaluación psicométrica de la versión china de la Escala de Rumiación del Duelo de Utrecht]. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 262–272. <https://doi.org/10.1002/cpp.2348>
- Treml, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C. y Kersting, A. (2021). Eficacia de una terapia de duelo cognitivo-conductual basada en Internet para personas en duelo por suicidio: un ensayo controlado aleatorio. *Revista Europea de Psicotraumatología*, 12 (1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
- Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). *Superando las pérdidas: pautas para manejar el duelo* [Archivo pdf]. <https://www.upc.edu.pe/servicios/orientacion-psicopedagogica/documentos/guia-superando-las-perdidas.pdf>
- Vergara, H. (2021). *Rituales funerarios de la Población Santo Domingo del Municipio de Caucasia-Antioquia desde 1985 hasta el 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Antioquia]. Repositorio UDEA. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/18944/5/VergaraHaciel_2021_RitualesFunerariosPoblacion.pdf
- Von Blanckenburg, P., Seifart, C., Ramaswamy, A., Berthold, D., & Volberg, C. (2023). Prolonged Grief in Times of Lockdown During the COVID-19 Pandemic [Duelo prolongado en tiempos de encierro durante la pandemia de

COVID-19]. *Omega*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1177/00302228231182738>

Wagner, B., Grafiadeli, R., Schäfer, T., & Hofmann, L. (2022). Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: A randomized controlled trial [Eficacia de una intervención grupal en línea después de un duelo por suicidio: un ensayo controlado aleatorio]. *Internet interventions*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100542>

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-Based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis [Atención al duelo basada en la web: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Frontiers in psychiatry*, 11, 525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>

Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B., & Sanson-Fisher, R. (2016). Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling [Ayudar a los deudos: una revisión sistemática de la evidencia para el asesoramiento sobre el duelo]. *Palliative medicine*, 30(2), 132–148. <https://doi.org/10.1177/0269216315588728>

Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief [Un ensayo piloto controlado aleatorio de terapia metacognitiva para el duelo prolongado]. *BMJ open*, 9(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021409>

Wojtkowiak, J., Lind, J., Smid, G. (2021). Ritual en la terapia para el duelo prolongado: una revisión del alcance de los elementos rituales en las intervenciones de duelo

basadas en evidencia. Frente. Psiquiatría, Volumen 11.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.623835>

Yu, Z., Liang, J., Guo, L., Jiang, L., Wang, J. Y., Ke, M., Shen, L., Zhou, N., & Liu, X. (2022). Psychosocial Intervention on the Dual-Process Model for a Group of COVID-19 Bereaved Individuals in Wuhan: A Pilot Study [Intervención psicosocial en el modelo de proceso dual para un grupo de personas en duelo por COVID-19 en Wuhan: un estudio piloto]. *Omega*.

<https://doi.org/10.1177/00302228221083067>