



La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado

Belén Sanz Molina^{1*}, Ana Sanz Cortés², Juan Antonio Cruzado³

Recibido: 1 de febrero de 2023 / Aceptado 9 de marzo de 2023

Resumen. Antecedentes: El Duelo Prolongado (DP) es una forma patológica del duelo dados los síntomas patentes y el tiempo que perduran, generando malestar y limitando la funcionalidad psicosocial. Durante años se ha empleado la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el tratamiento del DP, pero se sugiere que la activación conductual no específica es suficiente, se hallan fallos metodológicos en las muestras de TCC, o se cuestiona si es necesaria la exposición. Objetivo: Analizar si la TCC es realmente eficaz para mejorar el DP en adultos. Método: Se realizó una revisión sistemática mediante la búsqueda en las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed, Scopus y Web of Science desde junio de 2022 hasta febrero de 2023, así como mediante una comunicación personal. Se identificaron 9 estudios que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Resultados: Se comparan las evaluaciones basales, del postratamiento y seguimiento. Todos los estudios reflejan mejoras superiores en la condición de TCC frente a otras modalidades terapéuticas o frente a la propia TCC sin exposición, a excepción de uno que establece igualdad de eficacia con *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Se analiza el riesgo de sesgo siguiendo los criterios Cochrane, presentando una adecuada calidad metodológica; el nivel de evidencia científica, 1+; y el grado de recomendación, A. Conclusiones: Los resultados respaldan la eficacia de la TCC para el tratamiento del DP en la población adulta, aunque es fundamental realizar nuevos estudios que fortalezcan esta evidencia. Hasta entonces, se recomienda su aplicación a quienes padezcan DP.

Palabras clave: Duelo prolongado, terapia cognitivo-conductual, exposición.

[en] Efficacy of cognitive-behavioral therapy for prolonged grief

Abstract. Background: Prolonged Grief (PG) is a pathological form of bereavement given the overt symptoms and the period of time they endure, generating distress and limiting psychosocial functioning. For years, Cognitive Behavioral-Therapy (CBT) has been used for the treatment of PG. Nonetheless, it is suggested that non-specific behavioral activation could be sufficient, methodological problems are found in CBT samples, or it is questioned whether the exposure component is necessary or not. Objective: To analyze whether CBT is really effective to improve PG among the adult population. Methods: A systematic review was conducted through Medline, PsycINFO, PubMed, Scopus and Web of Science databases from June 2022 to February 2023, as well as by means of personal communication. 9 studies that met the established inclusion and exclusion criteria were identified. Results: Baseline,

1 Belén Sanz Molina. Facultad Psicología Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

E-mail: besanz03@ucm.es

2 Ana Sanz Cortés. Departamento Psicooncología GenesisCare. Facultad Psicología Universidad Complutense de Madrid. Madrid

E-mail: asanzcortes@ucm.es

3 Juan Antonio Cruzado. Facultad Psicología Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

E-mail: jacruzad@ucm.es

* Dirección de correspondencia: Belén Sanz Molina. Facultad de Psicología (Buzón 24). Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, Ctra. de Húmera, s/n, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid (España). E-mail: besanz03@ucm.es

post-treatment and follow-up assessments are compared. All studies reflect superior improvements in the CBT condition compared to other therapeutic modalities or compared to CBT without exposure, excluding one study that establishes equal efficacy with *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). The risk of bias was analyzed according to Cochrane criteria, presenting an adequate methodological quality; the level of scientific evidence, 1+; and the grade of recommendation, A. Conclusions: The results support the efficacy of CBT for the treatment of PG in the adult population. Nevertheless, it is essential to conduct new studies that strengthen this evidence. Until then, it is recommended its application among those suffering from PG.

Keywords: Prolonged grief, cognitive-behavioral therapy, exposure.

Sumario: 1. Introducción 2. Objetivo 3. Metodología 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Sanz Molina B, Ana Sanz Cortés A, Cruzado JA. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado. *Psicooncología* 2023; 20: 63-85. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.87570>

1. Introducción

El duelo es la reacción natural experimentada ante la pérdida de un ser querido⁽¹⁾; es decir, tal y como define la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾, las respuestas asociadas a la muerte de otra persona, tanto a nivel físico como emocional, cognitivo, conductual, social y espiritual⁽³⁾. Tras el fallecimiento, dicha reacción suele ser aguda, intensa y disruptiva; pero, con el tiempo, tiende a integrarse adecuadamente. El problema surge cuando hay dificultades en dicha reformulación de la pérdida: por diversas circunstancias, lejos de suponer una respuesta natural y adaptativa, este dolor inicial puede permanecer más tiempo, generando mayor interferencia de la que cabría esperar⁽¹⁾. Así, se elaboraría un proceso desadaptativo conocido como *duelo complicado* (DC) o *duelo prolongado* (DP).

Los criterios diagnósticos consensuados por el DSM-5-TR⁽⁴⁾ para este DP en adultos incluyen, la mayor parte de los días, anhelo y nostalgia intensos, tristeza marcada y llanto frecuente, preocupación, desconfianza ante la muerte y el sentimiento de que la vida carece de sentido, evitación de recuerdos, dolor emocional intenso, dificultad para reanudar relaciones y actividades tras la muerte o intensa soledad, entre otros. Todos, con una duración y severidad no ajustadas al contexto, tratándose de un sufrimiento clínicamente significativo en diversas áreas. Así, hallamos una definición similar a la aportada por la CIE-11⁽²⁾, siendo la principal diferencia entre ambas que esta última establece como criterio temporal de tales manifestaciones un mínimo de 6 meses desde la pérdida, mientras que el DSM-5-TR⁽⁴⁾ lo amplía a 12 meses. A su vez, en ambos casos es dicho criterio temporal el principal discriminador frente al duelo normal.

De cualquier modo, los síntomas se suelen mantener constantes entre los diferentes géneros y grupos sociales y culturales, hallando una prevalencia de en torno al 10% a nivel mundial⁽⁵⁾, principalmente entre los expuestos a situaciones traumáticas o de países occidentales⁽⁴⁾. Por otro lado, los trastornos comórbidos más prevalentes son la depresión, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el abuso de sustancias o la ansiedad ante la separación si la pérdida es de una figura de apego.

Con todo ello, cabe esperar el deterioro en la calidad de vida⁽⁶⁾ y las consecuencias funcionales –detrimento de las relaciones sociales e incremento de comportamientos dañinos para la salud, perjudicando así las funciones cognitivas⁽⁴⁾–. Y, por ello, es de vital importancia tratar dicha condición mediante intervenciones como la terapia cognitivo-conductual (TCC), identificando y reconduciendo las manifestaciones cognitivas, afectivas o conductuales mediante técnicas de relajación y respiración, exposición en vivo y en imaginación, reestructuración cognitiva y activación conductual, principalmente.

En esta línea, hay autores que cuestionan la necesidad de aplicar el componente de exposición, dado el malestar que genera; sugieren que la activación conductual no específica es suficiente⁽⁷⁾; y la evidencia recabada hasta el momento expone ciertas controversias. Por un lado, la revisión sistemática realizada por Nagy y Szamosközi⁽⁸⁾ en 2013 concluyó que la TCC no es eficaz para reducir el DP ni sus condiciones comórbidas, pero el elevado número de limitaciones del trabajo cuestiona la validez de tales conclusiones. De modo similar, Johannsen et al.⁽⁹⁾, publicaron un metaanálisis en 2019 acerca de las intervenciones psicológicas, con un predominio de la TCC, para duelo en adultos, hallando un efecto estadísticamente significativo de la terapia psicológica para el DP. Pese a ello, las implicaciones en la práctica clínica quedaban restringidas dada la reducida magnitud del efecto que presentaba simultáneamente, señalando la importancia de repetir el experimento y corroborar su alcance –sobre todo en base a las repercusiones de tales conclusiones–. Ante ello, la ausencia de un manual publicado que lo posibilite generó la necesidad de realizar nuevos estudios que abordasen este aspecto sin dicha restricción.

De este modo, las limitaciones en las revisiones y metaanálisis acontecidos hasta el momento destacan la importancia de continuar indagando sobre el tratamiento óptimo para el DP mediante trabajos como el presente, solventando tales deficiencias metodológicas. Sobre todo, dada la situación pandémica que acabamos de sufrir, pues la COVID-19 ha acarreado consigo alrededor de 5,9 millones de fallecimientos en todo el mundo⁽¹⁰⁾, lo que supone un alto porcentaje de personas en riesgo de experimentar DP. Ya no solo por las muertes en sí, sino por las condiciones en las que han sucedido muchas de ellas, siendo inesperadas⁽¹¹⁾ o traumáticas⁽¹²⁾ y, por ende, dificultando los ritos de despedida necesarios tras el fallecimiento, aumentando así la probabilidad de padecer dicho trastorno. Es decir, es fundamental estar actualizados en esta área, proporcionando una atención terapéutica óptima sustentada en estudios con conclusiones sólidas y útiles para quienes lo necesiten.

2. Objetivo

El objetivo es revisar si la terapia cognitivo-conductual es realmente eficaz para mejorar el duelo prolongado en adultos. Así, adecuándose a la pregunta PICO (Población, Intervención, Comparador y *Outcome* o resultado), la población estará conformada por individuos mayores de 18 años que sufren DP. En lo que respecta a la intervención, se tratará de la TCC. El comparador: no tratamiento, placebo, lista de espera, otras modalidades terapéuticas o TCC sin el componente de exposición. Y, por último, el resultado sería la mejora en la sintomatología DP.

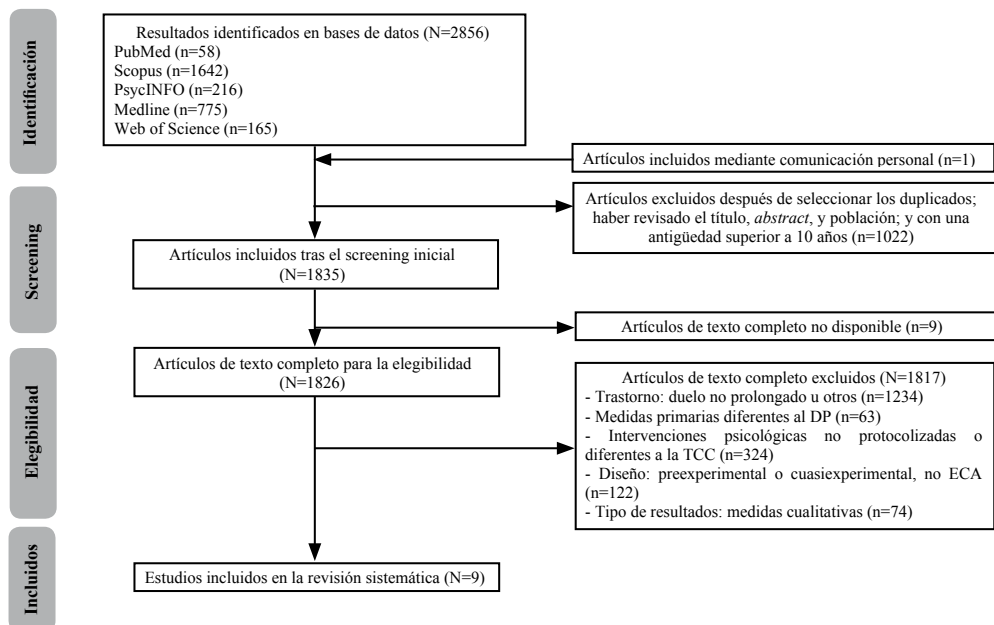
3. Metodología

Con la finalidad de alcanzar el objetivo expuesto, se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)⁽¹³⁾.

Para ello, se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos en las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed, Scopus y Web of Science durante 8 meses, desde el 29 de junio de 2022 hasta el 25 de febrero de 2023. La estrategia de búsqueda difirió entre las diferentes bases, pero en todos los casos se registraron las mismas palabras clave. A fin de posibilitar la replicación del proceso seguido y la obtención de los artículos que componen dicho trabajo, se expone a continuación la realizada en PubMed. Se introdujeron como combinaciones “CBT” AND “prolonged grief”, “CBT” AND “complicated grief”, “Cognitive behavioural therapy” AND “prolonged grief” y “Cognitive behavioural therapy” AND “complicated grief”; siendo Scopus la única base en la que también se realizó búsquedas por autor: “Shear, M. Katherine”, “Boelen, Paul A.”, “Neimeyer, Robert A.”, “Lenferink, Lonneke I. M.” y “Smid, Geert E.”; así como se accedió a un estudio, aceptado en la revista *Palliative & Supportive Care* y pendiente de publicación, mediante una comunicación personal.

Una vez recopilados todos los documentos, se procedió a revisarlos aplicando los diferentes criterios de inclusión y exclusión establecidos. Entre los primeros encontramos (a) artículos cuyo idioma fuese español o inglés, (b) pertenecientes a los últimos 11 años, desde el 1 de enero de 2012 hasta el 25 de febrero de 2023, (c) cuya muestra la compongan adultos que padezcan DP (d) a quienes se aplique como intervención la TCC, (e) participando en un ensayo clínico aleatorizado (ECA) (f)

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



donde se compare dicha condición experimental frente al no tratamiento, lista de espera, placebo, otras modalidades terapéuticas diferentes a la TCC o intervenciones con componentes parciales de esta terapia (g) y cuyos resultados fuesen medidas cuantitativas de los síntomas de DP. Por el contrario, como criterios de exclusión hallamos (a) que la investigación realizada con población infanto-juvenil (b) establezca como objetivo primordial medidas secundarias del DP –depresión u otros trastornos comórbidos– (c) o que se apliquen intervenciones psicológicas no protocolizadas. Tras todo el proceso de selección realizado (figura 1) se obtuvieron los nueve artículos finales sobre los que se sustenta la presente revisión.

4. Resultados

Los artículos en los que se basa dicha revisión sistemática estudian la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se detallan en profundidad en la tabla 1, así como se indica la eficacia de las intervenciones para, posteriormente, analizar las variables relacionadas con los resultados de los ECA. De igual modo, se valora el riesgo de sesgo y, consecuentemente, la calidad metodológica (tabla 2 y 3).

Eficacia de los tratamientos

La totalidad de resultados reflejan la eficacia de las TCC realizadas, tal y como se refleja en la tabla 1, incluyéndose los datos estadísticos más relevantes de cada estudio. En la investigación de Bryant et al.⁽¹⁴⁾ destaca la esencialidad del componente de exposición, pues condujo a una mayor reducción de los síntomas de DP frente a la condición sin exposición. De modo similar, el estudio dirigido por Rosner⁽¹⁵⁾ mostró la eficacia de la TCC en la reducción de la severidad del duelo, manteniéndose dicha ganancia una media de año y medio tras el tratamiento respecto al punto de partida⁽¹⁶⁾. Al considerar la eficacia de TCC en comparación con otros tratamientos, Nam⁽¹⁷⁾ halló una respuesta marcada de los primeros en la reducción de la sintomatología de DP frente al *counselling*, destacando también el carácter sanador de las personas de apoyo –coterapeutas en la intervención–. Asimismo, el tratamiento para DP del estudio de Shear et al.⁽¹⁸⁾ demostró ser estadística y clínicamente superior a la IPT en la reducción de los síntomas de este trastorno, manteniéndose los resultados a los 6 meses. Y, por otro lado, Lacasta y Cruzado⁽¹⁹⁾ y Supiano y Luptak⁽²⁰⁾ expusieron los beneficios de esta terapia en formato grupal. Los primeros, observando la superioridad de esta TCC frente a un grupo de psicoeducación y expresión emocional, pues mejoraron los síntomas de DC; y, los segundos, hallando mejorías clínicamente significativas en DP, postratamiento y durante el seguimiento, frente a TAU.

Más allá de ellos, el estudio de Shear et al.⁽²¹⁾ reflejó de nuevo la eficacia de la TCC al comparar el consumo de medicamentos en solitario –citalopram o placebo– con otra condición de estos fármacos junto a TCC. En todos los casos, la condición con TCC fue superior, inclusive durante el seguimiento; y, entre ambos grupos con esta terapia –TCC y citalopram; TCC y placebo– no se hallaron diferencias significativas. Es decir, el consumo adicional de medicación no mejoró los resultados de DP. Por último, van Denderen et al.⁽²²⁾, en su investigación de TCC junto con EMDR, hallaron beneficios postratamiento clínicamente significativos tras la combinación

Tabla 1. Resumen de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Estudio País	Participantes Edad media en años (DT) Sexo Diagnóstico	Diseño (n) Tiempo de medida	Programa de intervención	Instrumentos de medida	Resultados
Bryant et al. (2014). Australia.	N = 80. 51 años (14,1) en TCC con exposición; 54,8 años (9) en TCC sin exposición. 69 mujeres (86,25%). Trastorno de DP. Comórbidos: Depresión, TEPT, Ansiedad y abuso de sustancias.	ECA dos grupos: TCC con exposición (n = 41) y TCC sin exposición (n = 39). Asignación aleatoria. Evaluación para ambas condiciones: preasignación, posttratamiento y seguimiento a los seis meses.	Tipo de intervención: diez sesiones, semanales de dos horas, de terapia grupal, en ambas condiciones. Cuatro sesiones de una hora de terapia individual: TCC con exposición a los recuerdos de la muerte; y TCC sin exposición, terapia de apoyo. Quién la aplica: terapia grupal, dos psicólogos clínicos con máster; terapia individual, un psicólogo clínico entrenado.	· BDI-II. · Complicated Grief Assessment Interview. · CEQ. · Mini-International Neuropsychiatric Interview. · PTCL. · PTSD Scale-1. · WHOQOL-BREF.	Abandonaron n = 14 TCC con exposición y n = 10 TCC sin exposición. Resultados primarios, severidad del duelo pretratamiento-seguimiento: mayor reducción de los síntomas de DP en la condición con exposición (B [SE], -1,57 [0,39]; t 22,92 = -4,00 [IC 95%, -2,36 a -0,79]; p < ,001). Tras el tratamiento, seis participantes de la condición con exposición (19%) tenían criterios para DP vs 13 de la condición sin exposición (43%).
Lacasta y Cruzado (2023). España.	N = 249. 58 años (15) en CBGT; 59 años (16) en PSDEEI. 109 mujeres (82%) en CBGT; 93 mujeres (80%) en PSDEEI. Duelo Complicado. Comórbidos: Depresión, Ansiedad.	ECA dos grupos: CBGT (n = 133) y PSDEEI (n = 116). Asignación aleatoria. Evaluación de ambos grupos: pretratamiento, posttratamiento (una semana tras la finalización del tratamiento) y seguimiento (a los seis y 12 meses tras el tratamiento).	Tipo de intervención: ambos grupos, 16 semanas, dos horas por semana. Duración total del estudio: 18 meses, con tres grupos de intervención semanal. Tanto CBGT como PSDEEI con un módulo de psicoeducación en DC en su primera sesión. Quién la aplica: dos psicólogos entrenados y con experiencia en el tratamiento de DC, para ambos grupos.	· BAI. · BDI-II. · BHS. · Entrevista Clínica Estructurada. · GHQ-28. · ICG.	Abandonaron n = 27 CBGT; n = 51 PSDEEI. CBGT mejoró significativamente (p < ,001) vs PSDEEI en todos los momentos de medida, con tamaños del efecto grandes (ICG, $\eta^2 = 0,16$). Posttratamiento, DC: 47% en CBGT vs 86% en PSDEEI. CBGT alcanzó < 25 puntos en ICG a los seis meses vs PSDEEI, > 25 puntos en el seguimiento a los 12 meses. Seguimiento a los 12 meses, se redujeron en un 81,1% los casos de DC en CBGT vs en un 31,7% en PSDEEI.

Estudio País	Participantes Edad media en años (DT) Sexo Diagnóstico	Diseño (n) Tiempo de medida	Programa de intervención	Instrumentos de medida	Resultados
Nam (2016). Corea del Sur	N = 89. 67,54 años (2.79). 46 mujeres (52%). Trastorno de DP. Comorbilidad con sintomatología depresiva.	ECA dos grupos: CGT (n = 45) y SC (n = 44). Asignación aleatoria. Evaluación para ambas condiciones: basal, durante la intervención (a las cuatro semanas), posttratamiento (a las ocho semanas) y seguimiento (a las 12 semanas).	Tipo de intervención: ocho sesiones individuales, dos horas por semana. CGT, con técnicas cognitivo-conductuales; y SC. Quién lo aplica: seis terapeutas (cuatro para CGT y dos para SC) con máster y doctorado entrenados en cada protocolo por el autor. CGT contó con una persona de apoyo o, en su ausencia, un terapeuta que realizaba llamadas semanales.	· BDCG. · Entrevista semiestructurada. · GDS. · ICG. · WSAS.	Abandonaron n = 5 CGT; n = 4 SC. Efectos diferenciales posttratamiento (pre-post) significativos en CGT para mejorar los síntomas de DP (1,02) y depresivos (0,91) frente al <i>counseling</i> . La presencia de una persona de apoyo en CGT también mejoró los síntomas de duelo (B = -1,84, <i>p</i> < ,003) y depresivos (B = -1,38, <i>p</i> < ,001) frente al <i>counseling</i> .
Rosner et al. (2014). Alemania.	N = 51. 47,53 años (14,72). 44 mujeres (86%). Trastorno de DP. Comórbidos: TDM, TEPT, Ansiedad generalizada, Trastorno de pánico y somatomorfos.	ECA dos grupos: experimental, TCC (n = 24); y GC, lista de espera (n = 27). Asignación aleatoria. Evaluación del GC: basal, mensualmente, y tras la lista de espera (a los cuatro/seis meses). Evaluación de TCC: basal, tres veces durante el tratamiento (entre las sesiones 5 ^ª -7 ^ª ; 10 ^ª -12 ^ª ; y 15 ^ª -17 ^ª); y posttratamiento (media de 11,53 meses).	Tipo de intervención: TCC individual de 20 sesiones y cinco optativas. 50 minutos por semana; dos sesiones de 90 minutos. Quién lo aplica: dos psicólogas con máster, experiencia y entrenadas.	· Entrevista Diagnóstica de DSM-IV. · PG-13. · SCL-90-R.	Abandonaron n = 5 TCC; n = 4 GC. Resultados primarios, severidad del duelo: TCC obtuvo resultados significativos frente al GC (<i>d</i> = 1,61). Pre-post, TCC mostró mejoría en DP (<i>p</i> < ,001, <i>d</i> = 1,65). 42% se recuperaron en TCC vs 4% en GC (χ^2 (1) = 8,81, <i>p</i> = ,003).

Estudio País	Participantes Edad media en años (DT) Sexo Diagnóstico	Diseño (n) Tiempos de medida	Programa de intervención	Instrumentos de medida	Resultados
Rosner et al. (2015). Seguimiento de Rosner et al. (2014). Alemania.	N = 51 invitados. Comenzaron n = 41. Frente al estudio previo, 10 años más jóvenes ($t_{(40)} = -2,71, p = ,009$), todos >18 años. Trastorno de DP. Comorbidos: TDM, TEPT, Ansiedad generalizada, Trastorno de pánico y somatomorfos.	ECA dos grupos: TCC inmediata (antiguo grupo experimental) y TCC retardada (antiguo GC, tras un mínimo de cuatro meses). Evaluación pretratamiento, tres veces durante el tratamiento (entre las sesiones 5 ^a -7 ^a , 10 ^a -12 ^a , y 15 ^a -17 ^a), posttratamiento y seguimiento (tras 18 meses desde la última sesión; y tras 21 meses para quienes habían abandonado).	Tipo de intervención: TCC individual de 20 sesiones y cinco optativas. 50 minutos por semana; dos sesiones de 90 minutos. Quién lo aplica: estudiante PhD con experiencia clínica (n = 36) y supervisora de la estudiante de grado que aplicó las restantes entrevistas (n = 15).	· PG-13. · SCL-90-R.	Abandonaron n = 18 de 51 iniciales. Sintomatología de DP pre-post: TCC retardada obtuvo resultados significativos y similares a TCC inmediata en DP ($p < ,001, d = 1,30$). Medida primaria, duelo, resultados pre-seguimiento significativos ($p < ,001, d = 2,22$); y post-seguimiento marginalmente significativos ($p < ,072, d = 0,37$). 64% alcanzaron mejorías clínicamente significativas; 76% mantuvieron lo alcanzado con la terapia.
Shear et al. (2014). EE.UU.	N = 151. 66,1 años (8,9). 123 mujeres (81,5%). Trastorno de DP. Comorbidos: Depresión, Ansiedad generalizada, TEPT, Trastorno de pánico.	ECA dos grupos: CGT (n = 74) e IPT (n = 77). Asignación aleatoria. Evaluación basal; a las ocho, 12, 16 y 20 semanas después de la primera sesión; y mensualmente durante el periodo de seguimiento.	Tipo de intervención: 16 sesiones individuales, semanales. CGT e IPT. Quién lo aplica: cinco trabajadores sociales clínicos licenciados, dos doctores de trabajo social, dos psicólogos estudiantes de doctorado y cinco doctores en psicología; todos sin experiencia previa en duelo ni en CGT.	· BDI. · CGI-I. · C-SSRS. · Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV. · GRAQ. · ICG. · WSAS.	Abandonaron n = 13 CGT; n = 14 IPT. Resultados primarios de duelo. CGT estadística y clínicamente superior a IPT. 69% respondieron al tratamiento con CGT vs 36,1% con IPT. Seguimiento a los seis meses, los resultados se mantuvieron para CGT en un 100% de los casos vs en un 86,4% para IPT. Resultados secundarios. Severidad del DP, diferencia significativa entre grupos a la semana 20 ($p = ,001$); seguían con enfermedad moderada en CGT 22 (35,2%) frente a 41 (64,1%) en IPT.

Estudio País	Participantes Edad media en años (DT) Sexo Diagnóstico	Diseño (n) Tipos de medida	Programa de intervención	Instrumentos de medida	Resultados
Shear et al. (2016). EEUU.	N = 395. 53 años (13,5). 308 mujeres (78%). Trastorno de DP.	ECA, dos condiciones: CGT; y antidepressivos (CIT y PLA). Asignación aleatoria. Cuatro grupos: CIT (n=101); PLA (n=99); CGT+CIT (n=99); y CGT+PLA (n=96). Evaluación de ambas condiciones: basal; durante el tratamiento, a las cuatro, ocho, 12, 16 y 20 semanas después de la primera sesión; y seguimiento, seis meses tras la finalización.	Tipo de intervención: CGT individual de 16 sesiones. CIT o PLA: primera sesión de 45 minutos; el resto, cuatro semanales, cuatro quincenales y después mensuales, todas de 20- 30 minutos. Quién la aplica: clínicos entrenados.	· Complicated grief-anchored Clinical Global Impression scale. · CSS. · Entrevista Clínica del DSM-IV. · Entrevista clínica específica de duelo. · Evaluación Cognitiva de Montreal. · GRAQ. · ICG. · QIDS-SR ₁₆ . · WSAS.	Abandonaron n = 28 CIT; n = 38 PLA; n = 23 CIT + CGT; y n = 20 PLA + CGT. Resultados primarios de DP: Mayor reducción de los síntomas en PLA + CGT vs PLA (82,5% vs 54,8%; riesgo relativo, 1,51; IC 95%, 1,16-1,95; p = ,002); y en CIT + CGT vs CIT (83,7% vs 69,3%; riesgo relativo, 1,21; IC 95%, 1,00-1,46; p = ,05). Resultados similares CIT + CGT frente a PLA + CGT (83,7% vs 82,5%; riesgo relativo, 1,01; IC 95%, 0,88-1,17; p = ,84). Resultados no significativos entre CIT y PLA. Seguimiento: mantienen lo alcanzado todas las condiciones de forma similar.
Supiano y Luptak, (2014). EE.UU.	N = 39. 67,9 años (7,87) en CGGT; y 67,4 (5,98) en TAU. 28 mujeres de 34 incluidas en el análisis (82%). Trastorno de DP. Comórbidos: Depresión y Ansiedad.	ECA dos grupos: CGGT (n = 20); y TAU (n = 19). Asignación aleatoria. Evaluación de ambos grupos: pretratamiento, cuatro semanas antes del comienzo; durante el tratamiento, a las ocho semanas; posttratamiento, a las 16 semanas; y seguimiento, seis semanas después de finalizarlo. También se aplicaba el cuestionario CGI tras cada sesión.	Tipo de intervención: 16 sesiones grupales, semanales. CGGT de 120 minutos cada sesión. TAU de 90 a 120 minutos por sesión. Quién la aplica: dos terapeutas licenciados y dos trabajadores sociales clínicos licenciados, con dos años de experiencia en terapia grupal y entrenados.	· BAI. · BDI-II. · BGQ. · CGI. · C-SSRS-Screening Version. · PG-13. · Mini-Cog™.	Abandonaron n = 8 CGGT; n = 5 TAU. Resultados primarios, DP: Postratamiento, interacción significativa de grupo x tiempo (p < ,001, d = 1,34 (IC 95% = 0,483- 2,187)). Mejorías clínicamente significativas: 41% en CGGT vs 0% en TAU. Seguimiento, interacción significativa de grupo x tiempo (p < ,001, d = 2,42 (IC 95% = 1,41- 3,43)). Mejorías clínicamente significativas: 100% en CGGT vs 21% en TAU.

Estudio País	Participantes Edad media en años (DT) Sexo Diagnóstico	Diseño (n) Tiempos de medida	Programa de intervención	Instrumentos de medida	Resultados
van Denderen et al. (2018). Holanda.	N = 85. 48,5 años (14,9). 63 mujeres (74%). Trastorno de DP. Comorbido: TEPT.	ECA 2 grupos: experimental (TCC y EMDR); y GC (lista de espera). Asignación aleatoria a cuatro condiciones: EMDR + TCC (n = 20), TCC + EMDR (n = 22), GC-EMDR + TCC (n = 21), GC-TCC + EMDR (n = 22). Evaluación del experimental: pretratamiento, durante el tratamiento (5°-6° sesión), posttratamiento (tras la 8°) y seguimiento (a los seis meses). Evaluación del GC: pretratamiento; 2° pretratamiento tras cuatro meses (al acabar el grupo experimental); durante el tratamiento, al recibirlo (5°-6° sesión); posttratamiento (tras la 8°) y seguimiento (a los seis meses).	Tipo de intervención: ocho sesiones individuales: dos introductorias iguales para ambos grupos; tres de EMDR, de 45 a 90 minutos por sesión, empleando un protocolo; y tres de TCC, de 45 minutos por sesión. Quién la aplica: 26 psicólogos licenciados y entrenados por dos psicoterapeutas de TCC.	· Cuestionario autoadministrado de información sociodemográfica. · ICG. · IES.	Abandonaron n = 3 EMDR + TCC; n = 9 TCC + EMDR; n = 6 GC-EMDR + TCC; n = 10 GC-TCC + EMDR. Comparación por pares, mejoría significativa de síntomas de DP y TEPT ($p < ,001$) pretratamiento-tratamiento, pretratamiento-posttratamiento ($d > 0,80-1,30$) y pretratamiento-seguimiento ($d > 0,50$); todas, con tamaños del efecto superiores a los de la comparación entre la primera y segunda evaluación del GC ($d < 0,50$). Mejorías clínicamente significativas: 23% DP; 37% TEPT. Desde el posttratamiento al seguimiento se mantuvieron estables las puntuaciones de TEPT (IES), pero empeoraron las relacionadas con DP (ICG). Se encontró igualdad en la eficacia de TCC y EMDR para reducir DP y TEPT, así como igualdad en ambos órdenes de aplicación.

Abreviaturas. BAI: *Beck Anxiety Inventory*; BDCG: *Brief Dimensional Complicated Grief Assessment*; BDI-II: *Beck Depression Inventory, Second Edition*; BGQ: *Brief Grief Questionnaire*; BHS: *Beck Hopelessness Scale*; CBGT: *Cognitive-Behavioral Grief Therapy*; CEO: *Credibility/Expectancy Questionnaire*; CCGT: *Complicated Grief Group Therapy*; CGI-I: *Clinical Global Impression Scale-I*; CGT: *Complicated Grief Treatment*; CI: *Confidence Interval*; CIT: *Citalopram*; CSS: *Columbia Suicide Scale*; C-SSRS: *Screening Version: Columbia Suicide Severity Rating Scale Screening Version*; d: *d de Cohen*; DC: *Duelo Complicado*; DP: *Duelo Prolongado*; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "IV"*; ECA: *Ensayo Clínico Aleatorizado*; EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; GC: *Grupo Control*; GDS: *Geriatric Depression Scale*; GHQ-28: *General Health Questionnaire-28*; GRAQ: *Grief-Related Avoidance Questionnaire*; ICG: *Inventory of Complicated Grief*; IES: *Impact of Event Scale*; IPT: *Interpersonal Psychotherapy*; PG-13: *Prolonged Grief-13*; PLA: *Placebo*; PSDEEL: *Psychodisciplinary and Expressive Emotional Intervention*; PTGI: *Posttraumatic Cognitions Inventory*; PTSD Scale-1: *Posttraumatic Stress Disorder Scale-1*; QIDS-SR₁₆: *Quick Inventory of Depressive Symptom Self-report*¹⁶; SC: *Supportive Counselling*; SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*; TAU: *Treatment As Usual*; TCC: *Terapia Cognitivo-Conductual*; TDM: *Trastorno Depresivo Mayor*; TEPT: *Trastorno de Estrés Posttraumático*; WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life short-form assessment*; WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*.

de ambas terapias, reduciendo la sintomatología de DP y TEPT; mientras que en el seguimiento se mantuvieron los resultados relativos al TEPT, pero empeoraron los de DP, sin reflejar la TCC eficacia a largo plazo.

Variables relacionadas con los participantes

Características sociodemográficas

Atendiendo a la edad y partiendo de que todos deben ser mayores de 18 años, encontramos un intervalo medio entre los 50 y los 70 años, aproximadamente, con tan solo un artículo, de Rosner et al.⁽¹⁶⁾ cuya media se sitúa en torno a los 40, constatando la ausencia de adultos jóvenes. En lo que respecta al sexo, encontramos mayor prevalencia de mujeres frente a hombres, con una representación de entre el 74% y el 86%. Únicamente hallamos un estudio, de Nam⁽¹⁷⁾, donde el porcentaje de dichas mujeres abarcaba la mitad de la muestra (52%), siendo más equitativo respecto a los hombres. Pese a los datos hallados para las 2 variables recién expuestas –edad y sexo–, ha sido notable la ausencia de información en lo que respecta al nivel de estudios o económico. Tan solo 4 investigaciones han proporcionado dicho estatus, encontrándose en 2 de ellos un alto nivel educativo, con un 52,3% de la muestra habiendo cursado estudios superiores⁽¹⁸⁾ así como un 88,6% altamente educados⁽²¹⁾. Sin embargo, en el tercero hubo un menor porcentaje de sujetos con alto nivel: tan solo en torno al 13,5% notificaron alcanzar cierto rango educativo⁽¹⁴⁾; así como el cuarto estaba conformado por participantes con bajo nivel, pues en torno al 62% tan solo tenía estudios primarios⁽¹⁹⁾.

Variables relacionadas con el duelo

Criterio temporal desde la pérdida

Centrándonos en lo que respecta al duelo, el criterio temporal empleado por todos los investigadores para diagnosticar DP fue de 6 meses desde la pérdida, de acuerdo con criterios CIE-11⁽²⁾; a excepción de Bryant et al.⁽¹⁴⁾, quienes requerían 12 meses manifestando sintomatología desde el fallecimiento, guiados por el DSM-5-TR⁽⁴⁾. Partiendo de dichas condiciones, el tiempo medio transcurrido fue desde 1 hasta 8 años aproximadamente, siendo la mayor duración media de 7,62⁽¹⁹⁾, así como la menor de 1,27⁽¹⁷⁾.

Variables relacionadas con los aspectos metodológicos de los estudios

Tamaño muestral

Para comenzar, los 9 estudios que conforman la revisión contienen un total de 1.180 participantes, un tamaño muestral robusto. Prestando atención pormenorizada a cada estudio a nivel específico, aquel con mayor número de integrantes y, por tanto, mayor potencia estadística, contó con la participación de 395 sujetos⁽²¹⁾, seguido de otro con 249 implicados⁽¹⁹⁾. Por el contrario, aquellos con menor participación alcanzaron tamaños muestrales de tan solo 39⁽²⁰⁾ y 41 individuos⁽¹⁶⁾, siendo este último el seguimiento de un estudio previo que sí contó con mayor número de participantes, concretamente 51⁽¹⁵⁾. Los tres restantes^(14,17,22) contienen tamaños muestrales intermedios, en torno a los 85 participantes.

Manualización de los tratamientos

Se establece que la mayoría de los estudios presentan un manual publicado y detallado. Así, se halla una descripción específica y precisa de los aspectos abordados en cada momento del tratamiento y de las técnicas empleadas en cada condición. En todos, exceptuando el acontecido en 2018 por van Denderen et al.⁽²²⁾ pues pese a que mencionan que siguieron un protocolo, no se explicita el contenido pormenorizado de cada sesión.

Personal de aplicación de los tratamientos

Dichos tratamientos se llevaron a cabo por diferentes profesionales cualificados y con experiencia. El estudio realizado por Bryant et al.⁽¹⁴⁾ contó, en la condición grupal, con 2 psicólogos clínicos con máster, así como en la versión individual con un psicólogo clínico entrenado. Por otro lado, la investigación de Lacasta y Cruzado⁽¹⁹⁾ fue implementada por 2 psicólogos entrenados y con experiencia; y la de Nam⁽¹⁷⁾ tuvo 6 terapeutas con máster y doctorado entrenadas por el autor, 4 para TCC y 2 para la terapia de *counselling*. Además, en ausencia de una persona de apoyo en este estudio, otro terapeuta realizaba llamadas semanales. El estudio de Rosner et al.⁽¹⁵⁾, contó con 2 psicólogas con máster y 10 años de experiencia, ambas entrenadas por un psicoterapeuta experto en TCC; y su seguimiento⁽¹⁶⁾, con una estudiante PhD con experiencia clínica. Asimismo, el realizado por Shear et al.⁽²¹⁾ lo conformaban clínicos entrenados; el desplegado por Supiano y Luptak⁽²⁰⁾, 2 terapeutas licenciados y 2 trabajadores sociales clínicos licenciados, con 2 años de experiencia en terapia grupal y entrenados; y, por último, el ensayo de van Denderen et al.⁽²²⁾ lo efectuaron 26 psicólogos licenciados y entrenados por 2 psicoterapeutas de TCC.

Las únicas ocasiones en que se notifica falta de experiencia previa en duelo y en TCC fueron en el estudio de Rosner et al.⁽¹⁶⁾, pues había una estudiante de grado supervisada por la PhD; y en el de Shear et al.⁽¹⁸⁾. En este último se involucraron 5 trabajadores sociales clínicos licenciados, 2 doctores de trabajo social, 2 psicólogos estudiantes de doctorado y 5 doctores en psicología, refiriendo experiencia tan solo 2 en la terapia interpersonal (IPT).

Control de la fidelidad del programa realizado

Indistintamente a si quienes efectuaron el tratamiento tenían experiencia, en todos los casos se controló la fidelidad de la intervención. Por un lado, mediante supervisiones semanales^(14,17,18,20) y quincenales^(15,21). Algunas tan solo abarcaban las evaluaciones⁽¹⁶⁾, habiendo únicamente un artículo que no especifica la frecuencia de las mismas⁽²²⁾. Y, por otro lado, mediante grabaciones a quienes otorgaban su consentimiento, procediendo tras ello a seleccionar algunas para asegurar que los componentes se desplegasen de modo fidedigno al protocolo inicial. Entre ellas, Bryant et al.⁽¹⁴⁾ grabaron algunas sesiones individuales –sin registrar la exposición– y las grupales; Lacasta y Cruzado⁽¹⁹⁾ y Rosner et al.⁽¹⁵⁾ recogieron la mayoría de las sesiones de terapia en audio; y Shear et al.^(18,21), las evaluaciones.

Variables relacionadas con las medidas de los estudios

Variabes objetivo

Con ello, la principal variable-objetivo abordada fue la sintomatología de DP o DC o la severidad de dicho trastorno. Sobre estas, algunos estudios añadieron la

sintomatología depresiva^(14,17,21), el funcionamiento psicosocial y laboral^(14,17) o el TEPT⁽²²⁾.

No obstante, hay artículos que las consideraron secundarias: trastornos comórbidos –depresión^(15,16,18-20), somatomorfos^(15,16), ansiedad^(15,16,19,20) o ansiedad fóbica^(15,16)–, malestar psicológico general^(15,16,19), ajuste psicosocial y laboral^(18,21) o deficiencias cognitivas⁽²⁰⁾, creencias acerca de uno mismo y del mundo⁽¹⁴⁾, evitación^(18,21), desesperanza⁽¹⁹⁾, culpabilidad⁽¹⁴⁾, ideación suicida^(20,21), apoyo social⁽¹⁷⁾ o la severidad del duelo⁽¹⁸⁾.

Instrumentos de medida de los resultados

Los instrumentos empleados para evaluarlas fueron múltiples. En torno a las medidas primarias, predominaron el Inventario de Duelo Complicado –ICG, *Inventory of Complicated Grief*^(17,18,21,19,22), la Escala de Duelo Prolongado-13 –PG-13, *Prolonged Grief Disorder Scale-13*^(15,16,20) y la Escala de Impresión Clínica Global de Severidad del Duelo Complicado –CC-CGI-S, *Complicated Grief-Clinical Global Impressions Scale-Severity*^(18,20,21). Asimismo, se empleó la Entrevista Diagnóstica del DSM-IV^(15,18,21), útil para indagar acerca de todo tipo de variables.

Orientados a las medidas secundarias, prevalecen el Inventario de Depresión de Beck-II –BDI-II, *Beck Depression Inventory-II*^(14,18-20) para depresión; la Escala de Ajuste Laboral y Social –WSAS, *Work and Social Adjustment Scale*^(17,21), cuya finalidad es evaluar el ajuste psicosocial y laboral; y de la Escala de Columbia de la Severidad del Suicidio –C-SSRS, *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*^(18,20,21), abordando dicho fenómeno. En menor medida se encuentran el Inventario de Ansiedad de Beck –BAI, *Beck Anxiety Inventory*^(19,20), evaluando la ansiedad; el Cuestionario de Evitación del Duelo –GRAQ, *Grief Related Avoidance Questionnaire*^(18,21), indagando en dicha conducta que predice y mantiene el DP; y el Listado de Síntomas Revisado-90 –SCL-90-R, *Symptom Checklist-90-Revised*^(15,16), monitorizando la mejoría en la psicopatología general. El resto de las herramientas particulares de cada estudio, no comunes, miden el resto de las variables expuestas.

Variables relacionadas con el tratamiento

Tipo de tratamiento

El tratamiento empleado fue el cognitivo-conductual. Se desarrolló TCC⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, TCC específica para duelo complicado^(17,18-20), esta última junto con antidepresivos⁽²¹⁾, o (EMDR)⁽²²⁾. Por otro lado, la condición control suponía una lista de espera^(15,16,22), psicoeducación y expresión emocional⁽¹⁹⁾, terapia de *counselling*⁽¹⁷⁾, IPT centrada en el duelo⁽¹⁸⁾, tratamiento grupal estándar⁽²⁰⁾, antidepresivos⁽²¹⁾ o TCC sin exposición⁽¹⁴⁾. Ambos, efectuados siempre en modalidad presencial y sesiones individuales, a excepción de los estudios de Bryant et al.⁽¹⁴⁾, quienes incluyeron sesiones grupales; y Lacasta y Cruzado⁽¹⁹⁾ y Supiano y Luptak⁽²⁰⁾, desarrollándose por completo en formato grupal.

Sesiones realizadas

Las sesiones acontecidas fueron un máximo de 25 en los estudios dirigidos por Rosner^(15,16), compuestas por 20 obligatorias y 5 optativas elaboradas para situaciones

especiales o críticas –aniversarios, vacaciones, procedimientos legales, etc.–. Por el contrario, el número mínimo de encuentros fue 8^(17,22), hallándose otros casos intermedios con 10 sesiones⁽¹⁴⁾ o 16^(18,19-21).

Componentes del tratamiento

Entre los componentes cognitivo-conductuales se halla la psicoeducación del duelo normal y complicado^(17,18-22); exposición –en imaginación y en vivo– a los recuerdos de la pérdida y a situaciones o lugares evitados –en todos los artículos–; identificación y regulación de las emociones más dolorosas mediante relajación^(15,16) u otras técnicas^(17,19); fortalecimiento de las relaciones^(18,19,21), en el de Supiano y Luptak⁽²⁰⁾ con el apoyo de la persona significativa; promoción del autocuidado^(17,19); trabajo en los valores y metas personales, orientados a futuro^(15,16,18-21); y reanudación de actividades placenteras mediante experimentos conductuales⁽²²⁾. De forma transversal se realizó reestructuración cognitiva^(15,16,19,20,22).

Valoración del riesgo de sesgo de los estudios

La evaluación del riesgo de sesgo y calidad metodológica de los estudios se realizó aplicando los criterios Cochrane para revisiones sistemáticas, versión 6.0⁽²³⁾. Las variables analizadas se exponen en la tabla 2, estableciendo “Alto riesgo”, “Bajo riesgo” o “Riesgo incierto” según el juicio concluido bajo los criterios correspondientes. Tras ello, se elaboró un resumen de los mismos (tabla 3), donde se recoge tanto el número de artículos categorizados en cada modalidad de riesgo, como el porcentaje que ello supone.

Atendiendo a la tabla 3 se observa que la mayoría son de “Bajo riesgo”, concentrando las variables con menor riesgo son “Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a largo plazo: seguimiento)”; “Informes selectivos (sesgo de informes)” y “Otros sesgos (información del tamaño del efecto o del Índice de cambio fiable)”, pues en un 100% de los estudios se ha cubierto adecuadamente dicha información. Tras ellas, “Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)” y “Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a corto plazo)” también han reflejado bajo riesgo, ambas en un 88,9% de los casos. Por el contrario, la variable con mayor riesgo ha sido “Otros sesgos (información de la potencia estadística)”, pues en un 55,6% de las ocasiones no se informaba de forma transparente de este aspecto. Respecto al “Riesgo incierto”, aunque hay 4 variables con incertidumbre –“Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)”, “Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)”, “Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)” y “Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)”– el número de artículos poco claros es reducido, en torno al 11,1% y 22,2%, solo 1 o 2 en cada variable.

Con ello, se concluye que aquellos con un menor riesgo de sesgo han sido los estudios de Bryant et al.⁽¹⁴⁾ y Shear et al.⁽¹⁸⁾. En ambos, todas las variables han sido categorizadas de bajo riesgo, así como se ha informado de modo fidedigno de la potencia estadística y del tamaño del efecto o índice de cambio fiable. Junto a ellos, el estudio de Lacasta y Cruzado⁽¹⁹⁾ también presenta una elevada calidad, de nuevo con bajo riesgo en todas las variables excepto en “Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)”, clasificado como “Alto riesgo”; así como el

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Centro Cochrane Iberoamericano, 2012), con modificaciones

	Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)	Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)	Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a corto plazo)	Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a largo plazo: seguimiento)	Informes selectivos (sesgo de informes)	Otros sesgos (información de la potencia estadística)	Otros sesgos (información del tamaño del efecto o del Índice de cambio fiable)
Bryant et al., (2014)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Sí	Sí
Lacasta y Cruzado (2023)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Sí	Sí
Nam (2016)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo incierto	Riesgo incierto	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	No	Sí
Rosner et al., (2014)	Bajo riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	No	Sí
Rosner et al., (2015)	Bajo riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	No	Sí
Shear et al., (2014)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Sí	Sí
Shear et al., (2016)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	No	Sí
Supiano y Luptak (2014)	Riesgo incierto	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Sí	Sí
van Denderen et al., (2018)	Bajo riesgo	Riesgo incierto	Riesgo incierto	Riesgo incierto	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	No	Sí

dirigido por Shear⁽²¹⁾, notificando bajo riesgo excepto en la variable relativa a la potencia estadística; y, en la misma línea, Supiano y Luptak⁽²⁰⁾ también reflejaron una elevada calidad del trabajo llevado a cabo, con todos los aspectos altamente satisfechos excepto “Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)”, clasificado como “Riesgo incierto”.

Tabla 3. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática

	Bajo riesgo	Riesgo incierto	Alto riesgo
Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0 (0%)
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)
Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)
Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)
Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a corto plazo)	8 (88,89%)	0 (0%)	1 (11,1%)
Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a largo plazo: seguimiento)	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Informes selectivos (sesgo de informes)	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Otros sesgos (información de la potencia estadística)	4 (44,4%)	0 (0%)	5 (55,6%)
Otros sesgos (información del tamaño del efecto o del Índice de cambio fiable)	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Seguido de ellos, el desplegado por Nam⁽¹⁷⁾ presenta algunas limitaciones, con 2 variables categorizadas como “Riesgo incierto” –“Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)” y “Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)”– y ausencia de potencia estadística. Pese a esto, al mostrar bajo riesgo en las restantes se sostiene la calidad de su intervención. Y, en el sentido opuesto, aquellos con mayor riesgo y, por tanto, peor calidad metodológica, han sido los de Rosner et al.⁽¹⁵⁾, Rosner et al.⁽¹⁶⁾ y van Denderen et al.⁽²²⁾. Los dirigidos por Rosner^(15,16) muestran un riesgo alto en 3 variables –“Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)”, “Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)” y “Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)”– y ausencia de información de la potencia estadística. Por último, el guiado por van Denderen⁽²²⁾, ha exhibido “Riesgo incierto” en otras 3 –“Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)”, “Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)”, “Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)”–, “Alto riesgo” en otra –“Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a corto plazo)”– y hay ausencia de datos relativos a la potencia estadística.

De esta forma, la calidad de dos trabajos^(14,18) es altamente satisfactoria, seguidos de otros tres⁽¹⁹⁻²¹⁾ también satisfactorios, aunque en menor grado. Hay un estudio con calidad intermedia⁽¹⁷⁾ y otros tres^(15,16,22) presentan sesgos a tener en cuenta, reflejando una peor calidad metodológica.

Nivel de evidencia y grado de recomendación

Establecida la eficacia de los tratamientos y la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios que los contienen, se establece un nivel de evidencia científica 1+ y un grado de recomendación A de SIGN –*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*–⁽²⁴⁾.

Respecto al nivel de evidencia, se determina “1+” puesto que se trata de una revisión sistemática bien realizada con poco riesgo de sesgo, sin poder alcanzar 1++ dados los manifiestos, aunque no llegan a ser altos a nivel global. Y, respecto al grado de recomendación, se establece “A” ya que hay 2 ensayos clínicos que podrían clasificarse como 1++^(14,18) directamente aplicables a la población diana del estudio; así como tiene un volumen de evidencia científica conformada por estudios clasificados como 1+ con consistencia entre sí^(17,19-21); aunque también traslucen cierta calidad, menos elevada, los 3 restantes–.

5. Discusión

El objetivo principal de la presente revisión sistemática era, respondiendo a la pregunta PICO, investigar si la TCC es eficaz para mejorar el DP en la población adulta. Tras el proceso de búsqueda y selección, se analizaron 9 estudios que comparaban dicha TCC con diferentes condiciones, mediante evaluaciones tanto basales como pertenecientes al tratamiento, postratamiento y seguimiento. Finalmente, los resultados reflejaron la eficacia de dicha terapia para el tratamiento del DP en la población diana establecida. Al analizar uno a uno, dentro de esta terapia Bryant et al.⁽¹⁴⁾ mostraron la trascendencia del componente de exposición. En dirección opuesta a quienes sugieren que la activación conductual no específica es suficiente⁽⁷⁾, el grupo experimental que se expuso a la pérdida obtuvo mejores resultados que el grupo sin exposición. De esta forma, se hipotetiza que se cumple el supuesto de dicha técnica: dadas las emociones relativas a la pérdida, con un elevado contenido afectivo, hacerlas frente facilita su procesamiento e integración en la memoria autobiográfica⁽²⁵⁾, progresando en la aceptación del duelo. Además, no solo genera mejorías inmediatas, sino también un aumento de la calidad de vida a largo plazo –en concreto, 6 meses más tarde–, reflejando los beneficios en la funcionalidad psicosocial.

Una de las controversias en torno a si el componente de exposición era o no necesario era el malestar experimentando durante la técnica. Ante ello, diferentes autores no observaron resultados negativos en comparación con la condición sin exposición^(14,18,26-29). En otras palabras, la tolerancia es superior a la esperada –especialmente según avanzan las sesiones, pues experimentan dicho malestar como pasajero–, mostrando buena aceptación y respuesta al tratamiento.

Frente a otros tipos de intervención, los resultados obtenidos en esta revisión avalan la eficacia de la TCC para el DP respecto al *counselling*⁽¹⁷⁾ o IPT⁽¹⁸⁾, así como con la condición lista de espera⁽¹⁵⁾. Respecto a los datos comparativos con

el *counselling* las mejorías alcanzadas eran más acentuadas cuando se incluía una persona de apoyo en la propia TCC. Dado el beneficio vislumbrado, sería enriquecedor para quienes tengan esta figura en su entorno, solicitándoles ayuda como coterapeutas durante el proceso. Así, facilitarían el procesamiento cognitivo y emocional en sesión y en el ambiente natural, actuando como aquella fuente de protección que, según establece la literatura, supone el apoyo social. De igual modo, se indica la necesidad de encontrar alternativas efectivas en caso de inexistencia de tal persona, pues su compensación mediante llamadas por parte de un terapeuta mostró escasos resultados. Por su parte, los resultados del estudio dirigido por Rosner⁽¹⁵⁾ apoyan la eficacia de la TCC a pesar de haber transcurrido tiempo desde la pérdida, ya que en el seguimiento de este estudio⁽¹⁶⁾, se mostró que quienes acabaron recibiendo TCC tardía –antiguo grupo control– lograron resultados significativos y similares a quienes pertenecían desde un inicio al grupo experimental. Por ello, aunque es fundamental detectar tempranamente este trastorno, la evidencia muestra eficacia en las TCC a pesar una larga evolución en el tiempo del DP.

Un estudio para tener en cuenta es el realizado por Van Denderen et al.⁽²²⁾ al mostrar resultados de igual eficacia en los síntomas de DP y de TEPT en la medida postratamiento, tanto de la TCC como del EMDR; sin embargo, estos datos no se evidenciaron en la medida del seguimiento. Así, los pacientes que se sometieron a EMDR mantuvieron las puntuaciones para los síntomas de TEPT pero se produjo un empeoramiento en las medidas de DP. Estos hallazgos, junto con la ausencia de un manual especificado que permita su reproducción, limitan la solidez y eficacia de los datos y la generalización de los resultados. Pese a ello, dado que se trata del primer estudio que combina ambas técnicas, habría que discernir cuál es la aportación de cada una a cada problemática, qué componentes actúan, si es necesario el tratamiento complementario ante pérdidas traumáticas, su orden idóneo, o cuál es su eficacia cuando el duelo es provocado por pérdidas naturales.

Por su parte, Shear et al.⁽²¹⁾ mostraron, una vez más, la eficacia de dicha TCC tras innovar respecto a las condiciones experimentales anteriores, con la inclusión de tratamiento psicofarmacológico. Los resultados fueron más acentuados en las condiciones en que dichos fármacos –citalopram o placebo– se acompañaban de TCC frente a su prescripción en solitario; así como no hubo diferencias intergrupales al aplicar dichos medicamentos junto con el tratamiento psicológico. Es decir, su aplicación no produjo ganancias adicionales en la mejoría de los síntomas de DP, por lo que reemplazar su precepto por TCC sería importante y fructuoso para los pacientes.

Un último estudio para señalar fue el realizado por Lacasta y Cruzado⁽¹⁹⁾ cuya particularidad fue la aplicación grupal de la TCC, demostrando mayor eficacia para DC respecto a la condición del programa psicoeducativo con expresión emocional. Estos datos son congruentes a los aportados por Supiano y Luptak⁽²⁰⁾, quienes observaron mayor beneficio de la intervención grupal de corte cognitivo-conductual tras su finalización y durante el seguimiento. Teniendo en cuenta que la prevalencia de DC es elevada entre quienes pierden a un pariente con cáncer⁽¹⁹⁾, la implicación de estos resultados es de gran magnitud. Sobre todo, dada la accesibilidad, pues permite atender varios pacientes simultáneamente; su bajo coste económico; y el beneficio que supone en cuanto a sentirse escuchados, apoyados o al intercambio de estrategias de afrontamiento eficaces entre los propios pacientes.

A nivel metodológico se considera adecuado señalar algunas cuestiones de los estudios revisados, puesto que pueden ayudar a comprender y generalizar los resultados obtenidos. En general, tamaño muestral de los estudios revisados es elevado, por lo que se puede establecer una adecuada validez externa para extrapolar las conclusiones patentes, a excepción de dos trabajos^(16,20).

El intervalo de edad de los dolientes oscilaba entre 50 y 70 años en la mayoría de los estudios, lo que dificulta la extensión de los resultados a los situados entre los 18 y los 40, así como a los ancianos. Es decir, pese a las sólidas indicaciones terapéuticas para el grupo de edad abordado, sería importante ampliar la muestra en edad, pues las características diferenciales de cada etapa podrían limitar la generalización de los estudios probados con cierto rango específico. La variable género también es necesario considerarla ya que excepto el estudio realizado por Nam⁽¹⁷⁾ con una frecuencia similar de hombres y mujeres, en el resto de las investigaciones predomina la representación femenina, lo que implica que no dispongan de unas conclusiones sólidas para grupo poblacional de varones.

Con respecto a los instrumentos empleados para monitorizarlas, con ambos tipos de medidas –primaria y secundaria– se han aplicado similares entre estudios. Concretamente, el ICG, calificado como *gold standard* dado su empleo a nivel mundial⁽³⁰⁾, aunque desde hace años dicho *gold standard* es el PG-13⁽³¹⁾. Ello resulta beneficio ya que emplear las mismas herramientas fomenta la comparación y valoración igualitaria de los datos, descubriendo las mejores para evaluar en futuras investigaciones. En lo relativo a su administración, es importante asegurar el cegamiento de los evaluadores para que los resultados no queden alterados por juicios previos, tal y como sucede en algunos de los estudios de la presente revisión. Pese a ello, haber informado de las pérdidas de cegamiento permitió tenerlo en cuenta a la hora de valorarlos, sin quedar alteradas las interpretaciones.

Otro de los aspectos metodológicos hace referencia a cuestiones específicas de los programas de intervención. Algunos estudios se realizaron en condiciones naturales^(15,16), lo que fomentaría respuestas similares a las de la práctica clínica – más allá del estudio experimental–, promoviendo, de nuevo, la generalización de los resultados; así como se señala la importancia de cuidar este aspecto en los futuros experimentos, dadas las implicaciones. En relación con los profesionales que aplicaron las intervenciones, se establece que, pese a que no todos tenían experiencia previa en las terapias abarcadas, fueron entrenados en el protocolo y supervisados por los autores, controlando la fidelidad de los programas. Así, ni la eficacia ni la interpretación de los resultados quedaron afectadas.

Sin embargo, se hallan limitaciones en relación con el número de sesiones desarrolladas por tales profesionales. Aunque en general ha resultado ser una terapia eficaz con entre 8 y 16 sesiones, en algunos casos han resultado insuficientes^(16,17). Es decir, se necesitarían intervenciones más largas, ampliar las terapias para, posteriormente, comprobar mediante nuevos proyectos las mejoras alcanzadas. Esta idea se basa en que los participantes que notificaron seguir recibiendo terapia una vez finalizado el estudio, reportaban más beneficios^(16,22).

Además de la validez externa mostrada hasta el momento, también se halla una adecuada validez interna. Aunque algunos estudios hayan presentado ciertos sesgos, en general predomina la calidad metodológica de los mismos. En otras palabras, se puede considerar en alto grado que los resultados se acercan a la verdad, sin errores sistemáticos que distorsionen los hallazgos. Sin embargo, no se han aportado datos

aportados respecto a los costes generados. Es decir, pese a la amplia información acerca de la eficacia de los tratamientos apenas se esclarece la relativa a la eficiencia de los estudios, dificultando su valoración.

Más allá de los resultados de eficacia, es interesante examinar las variables predictoras que anticiparían mejores o peores resultados de las intervenciones psicológicas. Entre ellas, la literatura señala un bajo nivel educativo^(32,33) como factor de vulnerabilidad hacia unos peores resultados de las intervenciones psicológicas. En esta revisión este aspecto no se ha podido corroborar, ya que las muestras estaban formadas mayoritariamente por individuos con alto nivel educativo, lo que podría justificar las mejoras alcanzadas en las investigaciones incluidas. Otro de los factores asociados a la eficacia de las intervenciones es la presencia de cogniciones disfuncionales como rumiaciones, preocupaciones o valoraciones catastróficas⁽³⁴⁾, pero en esta revisión no se ha podido observar su papel debido a no ser recogida de forma explícita su presencia en las muestras analizadas.

Junto a estos datos, otros predictores ya abordados serían tener mayor edad –por el elevado riesgo de sufrir declive cognitivo o aislamiento social-⁽³⁵⁾; intervenciones de corta duración⁽³⁶⁾; o la evitación como estrategia de afrontamiento –aunque desadaptativa-⁽³⁷⁾, pues limitaría la involucración en el proceso, y, por tanto, los resultados óptimos. Por último, presentar elevados niveles de autoculpabilización por la pérdida también restringiría los resultados, dado que, en sí, representa una de las razones nucleares que conducen al DP⁽³⁴⁾. Pese a ello, respecto a las dos últimas variables, si el tratamiento incluye exposición se predice la reducción de la severidad del duelo una vez acabada la terapia⁽³⁸⁾.

Futuras investigaciones

La gran variedad de intervenciones u otras condiciones comparadoras de la TCC promueven la generalización de los resultados. Pese a ello, sería interesante estudiar en mayor profundidad la eficacia del formato grupal, pues entre los estudios seleccionados predomina la modalidad individual; la eficacia de dicha TCC *online*, dado el auge creciente de la tecnología en la época actual y el futuro progreso de las consultas; e incluso de su implementación mediante realidad virtual, pudiendo potenciar algunos componentes como el de exposición.

Más allá de ello, puesto que los estudios suelen registrar el tipo de relación con el fallecido, también sería fructífero comparar la evolución en función del vínculo perdido. Es decir, partiendo de que todo fallecimiento supone un dolor intenso, se podría observar si la velocidad con la que se experimentan mejoras, así como el grado de recuperación alcanzado, es diferente en función de la pérdida de la que se trate, siendo un mediador de la eficacia de las terapias.

6. Conclusiones

Se concluye que la terapia cognitivo-conductual es eficaz para mejorar la sintomatología de duelo prolongado en la población adulta. La evidencia recabada en los estudios señala la superioridad de la TCC con componente de exposición para el tratamiento de DP frente al no tratamiento, otras modalidades terapéuticas y frente a la propia TCC sin dicho componente. Es decir, en todos los casos tras aplicar

esta terapia se hallaron mayores mejorías tanto en el DP como en su sintomatología comórbida –otros trastornos o alteraciones de la funcionalidad psicosocial–. La única excepción sucede al comparar dicha TCC con EMDR, observando igualdad en la eficacia obtenida.

En relación a la calidad metodológica y al riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática, se determina un nivel de evidencia científica 1+ y un grado de recomendación A de SIGN. Pese a ello y pese a los experimentos desplegados, todavía hay mucho por descubrir. Por ello, se sugiere el desarrollo de futuras investigaciones con las que corroborar los hallazgos expuestos, ampliarlos mediante la inclusión y análisis de otras variables relevantes –descritas previamente– y solventar los defectos metodológicos aun presentados, obteniendo conclusiones robustas que aumenten y mejoren la evidencia previa.

7. Referencias bibliográficas

1. Shear MK. Complicated grief. *N Eng J Med* 2015;372: 153-60. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
2. World Health Organization . International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Geneva: World Health Organization; 2018. En Línea [Acceso el 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2009949293>
3. Torres A. Qué hacer en caso de pérdidas. FUNDASIL. San Salvador, El Salvador. 2020.
4. American Psychiatric Association–APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
5. Lunderoff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect Disord* 2017;212: 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
6. Marqués L, Bui E, LeBlanc N, Porter E, Robinaugh D, Dryman MT et al. Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. *Depress Anxiety* 2013;30: 1211-6. <https://doi.org/10.1002/da.22093>
7. Papa A, Sewell MT, Garrison-Diehn C, Rummel C. A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behav Ther* 2013;44: 639-50. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.009>
8. Nagy D, Szamosközi S. Efficacy of cognitive behavioral interventions on complicated grief in adults: a quantitative meta-analysis. *Transylvanian J Psychol* 2013;14: 39-55.
9. Johannsen M, Damholdt MF, Zachariae R, Lunderoff M, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2019;253: 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
10. Laranjeira C, Moura D, Marcon S, Jaques A, Salci MA, Carreira L, et al. Family bereavement care interventions during the COVID-19 pandemic: A scoping review protocol. *BMJ Open* 2022; 12: e057767. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057767>
11. Doering BK, Barke A, Vogel A, Comtesse H, Rosner R. Predictors of prolonged grief disorder in a german representative population sample: unexpectedness of bereavement contributes to grief severity and prolonged grief disorder. *Front Psychiatry* 2022;13:853698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698>

12. Boelen PA, de Keijser J, Smid G. Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy* 2015;7: 382. <https://doi.org/10.1037/tra0000018>
13. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin* 2010;135: 507-11. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
14. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C, et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatr* 2014; 71: 1332-9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
15. Rosner R, Pfoh G, Kotoučová M, Hagl M. Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *J Affect Disord* 2014; 167:56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
16. Rosner R, Bartl H, Pfoh G, Kotoučová M, Hagl M. Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: a long-term follow-up. *J Affect Disord* 2015;183: 106-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.051>
17. Nam I. Complicated grief treatment for older adults: The critical role of a supportive person. *Psychiatry Res* 2016;244: 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.044>
18. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1287-95. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
19. Lacasta MA, Cruzado JA. Effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial. *Palliat Support Care* 2023;1-7. <https://doi.org/10.1017/S147895152300010X>
20. Supiano KP, Luptak M. Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist* 2014;54: 840-56. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>
21. Shear MK, Reynolds CF, Simon NM, Zisook S, Wang Y, Mauro C, et al. Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016;73: 685-94. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>
22. van Denderen M, de Keijser J, Stewart R, Boelen PA. Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2018;25: 497-508. <https://doi.org/10.1002/cpp.2183>
23. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2nd Edition. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 2019.
24. Guía Salud. Niveles de evidencia y Grados de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) [Internet]. 2019 [Acceso el 18 diciembre de 2022] Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/lupus-niveles/>
25. Nakajima S. Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2018 5;373(1754):2017027 <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
26. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J Trauma Stress* 2003;16: 555-62. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000004078.93012.7d>
27. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol* 2002;70: 1022. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1022>

28. Thorp SR, Stein MB, Jeste DV, Patterson TL, Wetherell JL. Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 276-80. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182435ee9>
29. Yoder MS, Lozano B, Center KB, Miller A, Acierno R, Tuerk PW. Effectiveness of prolonged exposure for PTSD in older veterans. *Int J Psychiatry Med*. 2013;45: 111-24. <https://doi.org/10.2190/PM.45.2.b>
30. Pini S, Gesi C, Abelli M, Muti M, Lari L, Cardini A, et al. The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2012; 143: 64-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.026>
31. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 2021;20: 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.2>
32. Eisma MC, Boelen PA, Schut HA, Stroebe MS. Does worry affect adjustment to bereavement? A longitudinal investigation. *Anxiety Stress Coping* 2017;30: 243-52. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1229464>
33. Rosner R, Rimane E, Vogel A, Rau J, Hagl M. Treating prolonged grief disorder with prolonged grief-specific cognitive behavioral therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2018;19: 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2618-3>
34. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C, et al. Predictors of treatment response for cognitive behaviour therapy for prolonged grief disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2017;8 (sup6): 1556551. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1556551>
35. Perng A, Renz S. Identifying and treating complicated grief in older adults. *J Nurse Pract* 2018;14: 289-95. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.12.001>
36. Xiu D, Chow AY, Tang S. Predictive factors for differential changes in grief symptoms following group bereavement intervention for Chinese widowed older adults. *Clin Psychol Psychother* 2020;27: 267-77. <https://doi.org/10.1002/cpp.2425>
37. Smith KV, Ehlers A. Coping strategies as a causal mediator of the effect of loss-related memory characteristics and negative loss-related appraisals on symptoms of PGD, PTSD and depression. *Psychol Med* 2021;1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003123>
38. Boelen PA, Olff M, Smid GE. Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10: 1591331. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591331>