

## ¿Existe el duelo complicado traumático? Diferencias sintomatológicas entre el duelo complicado tras una muerte traumática y una no traumática

Adela Jiménez-Prensa<sup>1\*</sup>, Jesús Sanz<sup>2</sup>, Andrea García de Marina<sup>3</sup>, Arantxa Soriano<sup>4</sup>, José Manuel S. Marqueses<sup>5</sup>, María Paz García-Vera<sup>6</sup>

Recibido: 1 de junio de 2023 / Aceptado: 30 de Agosto de 2023

**Resumen.** Objetivo: Examinar la existencia del duelo complicado traumático como un constructo diferente al de duelo complicado analizando si la sintomatología de duelo complicado y de estrés postraumático es diferente en las personas que sufren duelo complicado tras una muerte traumática y no traumática. Método: Un grupo de 89 dolientes con duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista y un grupo de 54 dolientes con duelo complicado tras una muerte por edad o enfermedad completaron el Inventario de Duelo Complicado (IDC) y versiones de la Escala de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-S o PCL-5). Resultados: ANCOVA realizados sobre las puntuaciones en los ítems del IDC y en los 16 ítems comunes a las dos versiones de la PCL revelaron que los dos grupos de dolientes no diferían en ninguno de los síntomas de duelo complicado ni de estrés postraumático, salvo en dos síntomas de duelo complicado en los cuales las diferencias iban en direcciones opuestas. Conclusiones: Aunque una muerte traumática como, por ejemplo, por atentado terrorista, incrementa la gravedad de las reacciones de duelo y la probabilidad de sufrir duelo complicado, este duelo complicado es similar al que pueden sufrir las personas tras una muerte no traumática, al menos respecto a sus síntomas y a los síntomas simultáneos de estrés postraumático. Por tanto, no se puede hablar de un duelo complicado traumático como diferente al duelo complicado. **Palabras clave:** Duelo, duelo complicado, muerte traumática, muerte natural, duelo traumático, estrés postraumático

1 Adela Jiménez-Prensa. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain

E-mail: [adejimen@ucm.es](mailto:adejimen@ucm.es)

2 Jesús Sanz. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain. ORCID: 0000-0003-2229-1665

E-mail: [jsanz@psi.ucm.es](mailto:jsanz@psi.ucm.es)

3 Andrea García de Marina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain.

E-mail: [andgar16@ucm.es](mailto:andgar16@ucm.es)

4 Arantxa Soriano. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain.

E-mail: [arantxas@ucm.es](mailto:arantxas@ucm.es)

5 José Manuel S. Marqueses. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain. ORCID: 0000-0002-4295-2910

E-mail: [josems05@ucm.es](mailto:josems05@ucm.es)

6 María Paz García-Vera. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain. ORCID: 0002-6422-0411

E-mail: [mpgvera@psi.ucm.es](mailto:mpgvera@psi.ucm.es)

\* Dirección de correspondencia: Adela Jiménez Prensa. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). E-mail: [adejimen@ucm.es](mailto:adejimen@ucm.es)

## [en] Is there a traumatic complicated grief? Symptomatological differences between complicated grief after a traumatic and a non-traumatic death

**Abstract.** Objective: To examine the existence of complicated traumatic grief as a different construct from complicated grief, analyzing whether the symptoms of complicated grief and post-traumatic stress are different in people who suffer complicated grief after a traumatic and non-traumatic death. Method: A group of 89 mourners with complicated grief after a death from a terrorist attack and a group of 54 mourners with complicated grief after a death due to age or illness completed the Inventory of Complicated Grief (ICG) and versions of the PTSD Checklist Scale (PCL-S or PCL-5). Results: ANCOVA performed on the scores on the IDC items and on the 16 items common to the two versions of the PCL revealed that the two groups of mourners did not differ in any of the symptoms of complicated grief or post-traumatic stress, except in two complicated grief symptoms in which the differences went in opposite directions. Conclusions: Although a traumatic death, such as a terrorist attack, increases the severity of grief reactions and the probability of suffering complicated grief, this complicated grief is similar to what people can suffer after a non-traumatic death, at least concerning its symptoms and the simultaneous symptoms of post-traumatic stress. Therefore, one cannot speak of complicated traumatic grief as different from complicated grief.

**Keywords:** Grief, complicated grief, traumatic death, natural death, traumatic grief, post-traumatic stress.

**Sumario:** 1. Introducción 2. Método 3. Análisis de datos 4. Resultados 5. Discusión y conclusiones 7. Agradecimientos 8. Referencias bibliográficas

**Cómo citar:** Jiménez-Prensa A, Sanz J, García de Marina A, Soriano A, S. Marqueses JM, García-Vera MP. ¿Existe el duelo complicado traumático? Diferencias sintomatológicas entre el duelo complicado tras una muerte traumática y una no traumática. *Psicooncología* 2023; 20: 373-389. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.91522>

### 1. Introducción

El duelo es una reacción natural al fallecimiento de un ser querido caracterizada fundamentalmente por respuestas emocionales negativas, pero también cognitivas, conductuales-sociales y fisiológicas, y, dada la inevitabilidad de la muerte y la inherente necesidad humana de formar vínculos afectivos estrechos con los demás, una reacción universal que experimentarán prácticamente todas las personas en algún momento o en varios momentos de su vida<sup>(1)</sup>. Estas respuestas pueden ser muy diversas y varían considerablemente entre personas y entre culturas, e incluso en la propia persona o cultura a lo largo del tiempo, y algunas de estas variaciones están asociadas a malestar, disfuncionalidad, limitación o incapacidad en un grado de intensidad, frecuencia y/o duración que no es comprensible en función del contexto en que se han producido dichas respuestas y no representan una reacción culturalmente aceptada ante el fallecimiento de un ser querido. Estas variaciones pueden considerarse propiamente síntomas psicológicos, un síndrome psicológico o incluso un trastorno psicológico en el sentido que estos términos tienen en psicopatología<sup>(2)</sup>.

Para referirse a estas variaciones que, además, no constituyen un trastorno depresivo mayor, un trastorno de estrés postraumático o un trastorno de ansiedad, se han propuesto multitud de términos en la literatura científica como, por ejemplo, *duelo complicado*, *duelo anormal*, *duelo patológico*, *duelo mórbido*, *duelo*

*prolongado, duelo no resuelto, duelo neurótico, duelo disfuncional, duelo crónico, duelo traumático* y los más recientes de *trastorno de duelo complejo persistente y trastorno de duelo prolongado*<sup>(1)</sup>. De hecho, las propuestas de estos dos últimos términos y los constructos a los que se refieren han intensificado el campo de estudio del duelo y de sus variaciones anormales o patológicas.

Con la publicación en 2013 de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5)<sup>(3)</sup>, que incluía una propuesta de trastorno de duelo complejo persistente como una categoría diagnóstica que necesitaba más estudio, y la posterior publicación en 2018 de la undécima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-11)<sup>(4)</sup>, que incluía una propuesta de trastorno de duelo prolongado como una categoría diagnóstica más de los trastornos específicamente asociados al estrés, se produjo un aumento en las publicaciones científicas sobre el duelo. Una búsqueda en la base de datos bibliográfica PsycInfo con la palabra *grief* (duelo) en los campos resumen o título del trabajo resultó en 4.006 trabajos publicados en el período de diez años entre 2003 y 2012, aproximadamente 401 trabajos por año, mientras que la misma búsqueda resultó en 5.724 trabajos publicados en el período de diez años entre 2013 y 2022, aproximadamente 572 trabajos por año, lo que supone 171 trabajos anuales más que en el decenio anterior. Este aumento no es simplemente un reflejo de un incremento en la producción científica general, ya que teniendo en cuenta el total de trabajos publicados en esos dos períodos sobre cualquier tema e incluidos en PsycInfo, las cifras anteriormente mencionadas suponen un aumento del porcentaje de publicaciones sobre duelo, en concreto, de 0,28 % durante los diez años anteriores a la publicación del DSM-5 a 0,31 % tras su publicación. Es de esperar que, tras la propuesta, en 2022, del trastorno de duelo prolongado como una categoría diagnóstica más de los trastornos específicamente relacionados con traumas y factores de estrés recogidos en la versión revisada del DSM-5 (DSM-5-TR)<sup>(5)</sup>, dicho aumento se mantenga en los próximos años.

A pesar de este aumento en la investigación sobre el duelo, existen muchas cuestiones sin resolver sobre el mismo y sobre el constructo que hace referencia a su variante patológica. Una cuestión que ha suscitado cierto debate es si el duelo patológico o complicado que pueden sufrir las personas tras el fallecimiento de un ser querido en circunstancias traumáticas, es decir, violentas, súbitas e inesperadas, como, por ejemplo, tras un atentado terrorista, un desastre natural, un suicidio o un acto criminal, es similar al duelo complicado que se puede sufrir tras el fallecimiento de un ser querido en otras circunstancias menos violentas, repentinas y súbitas y consideradas como “naturales” como, por ejemplo, por vejez o enfermedad, y, de no ser así, si estamos ante dos constructos diferentes, *duelo complicado* —el duelo patológico tras un fallecimiento por causas no traumáticas— y *duelo complicado traumático* —el duelo patológico tras un fallecimiento por un acontecimiento traumático—.

Aunque a este último constructo a veces se le ha denominado *duelo traumático*, este término puede llevar a confusión, ya que, inicialmente, varios investigadores denominaron duelo traumático al duelo patológico o complicado tras todo tipo de fallecimiento, independientemente de si el acontecimiento que causó la muerte hubiese sido traumático o no<sup>(6-8)</sup>. De hecho, varios de estos investigadores sustituyeron explícitamente el término duelo complicado que antes utilizaban por el de duelo traumático porque, en primer lugar, reconocían que «la reacción es un síndrome

de respuesta de estrés y [...], como tal, muchos de sus síntomas se asemejan a los del trastorno de estrés postraumático (TEPT; p. ej., incredulidad, ira, conmoción, evitación, entumecimiento emocional, una sensación de futilidad sobre el futuro, una sensación fragmentada de seguridad, confianza, control)», y porque, en segundo lugar, consideraban que estos síntomas estaban relacionados con «un tipo específico de trauma —que parece ser un “trauma de separación”» y, en consecuencia, incluían también «síntomas de malestar de separación [como] una preocupación sobre los pensamientos del difunto, el anhelo y la búsqueda del difunto y la soledad excesiva después de la pérdida» (p. 67)<sup>(6)</sup>.

Sin embargo, otros investigadores han utilizado el término duelo traumático para circunscribirse al duelo patológico o complicado tras un fallecimiento traumático<sup>(9-10)</sup>, es decir, «debería reservarse para las experiencias de duelo causadas por una pérdida que puede clasificarse de forma independiente como un trauma sin tener en cuenta la respuesta o interpretación de la persona en duelo» (p. 70)<sup>(10)</sup>. En estos casos, cabría esperar que los síntomas de duelo complicado fueran más parecidos a los del TEPT, que aparecieran de forma simultánea con síntomas de TEPT o que los síntomas de duelo complicado más semejantes a los de TEPT fueran los más predominantes. En cualquiera de los casos, esto podría resultar en una condición psicopatológica distinta del duelo complicado tras un fallecimiento no traumático. Así, por ejemplo, tras la muerte de un ser querido por asesinato, suicidio o en una catástrofe, en el doliente se podrían generar procesos psicológicos contradictorios por el deseo de olvidar la naturaleza traumática de la muerte, pero, a su vez, mantener viva la imagen del ser querido fallecido.

De hecho, la posible existencia de dos constructos relacionados, pero diferentes, como serían el duelo complicado y el duelo complicado traumático, se sugería de algún modo en el DSM-5 cuando se proponía el duelo traumático como especificador del trastorno de duelo complejo persistente. Según el DSM-5, en el diagnóstico de este último trastorno se podía especificar «con duelo traumático» si el duelo era «debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiosas persistentes en relación con la naturaleza traumática de la muerte (a menudo en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluidos los últimos momentos del difunto, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencional de la muerte» (p. 790)<sup>(3)</sup>.

Precisamente, el objetivo del presente estudio fue examinar la posible existencia del duelo complicado traumático analizando si la sintomatología de duelo complicado y de estrés postraumático es diferente en las personas que sufren duelo complicado tras una muerte traumática, en concreto, tras un atentado terrorista, que en las personas que sufren duelo complicado tras una muerte no traumática (p. ej., por edad, enfermedad). En este sentido, si el duelo complicado traumático es un constructo diferente y útil, se esperaría que las personas que sufren duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista mostrarán niveles más elevados de los síntomas de duelo complicado que son más semejantes a los del TEPT (p. ej., evitación de los recuerdos del fallecido, incredulidad, aturdimiento, ira o amargura sobre la muerte, sentimientos de desconfianza, despreocupación o distanciamiento de los demás, culpa del superviviente) o niveles más elevados de síntomas de TEPT (p. ej., evitación, pesadillas, reviviscencias, sentimiento de distanciamiento de los demás, problemas para tener sentimientos positivos, irritabilidad o arrebatos de ira).

De demostrarse la existencia del duelo complicado traumático, esto tendría importantes repercusiones para la evaluación y el tratamiento de las personas que

sufren duelo complicado tras una muerte traumática. Por ejemplo, aunque la mayoría de las psicoterapias contemporáneas para el duelo complicado ponen énfasis en la reestructuración cognitiva del significado de la pérdida<sup>(11)</sup>, una tendencia que, no obstante, podría estar cambiando en los últimos años<sup>(12)</sup>, el tratamiento psicológico para el duelo complicado tras un muerte traumática debería, en cambio, poner más énfasis o, al menos, el mismo, en el trauma y en los síntomas supuestamente característicos del duelo complicado traumático como, por ejemplo, los síntomas de evitación o reexperimentación.

## 2. Método

### *Participantes*

En este estudio participaron dos muestras de dolientes con duelo complicado. La primera estaba compuesta por 89 adultos familiares de una persona fallecida en un atentado terrorista ocurrido en España y que presentaban duelo complicado en relación con ese fallecimiento. Estos participantes se reclutaron a través de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) de España, de la cual eran miembros, y formaban parte de una investigación más amplia sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo de los atentados terroristas. La selección de esta muestra se realizó en tres fases. En la primera, se contactó por teléfono con 759 adultos que pertenecían a la AVT y que eran familiares de una persona fallecida en un atentado terrorista y, de las cuales, 410 completaron una entrevista psicológica telefónica, mientras que 11 participantes solicitaron realizar dicha entrevista presencialmente. En una segunda fase, a los 421 familiares entrevistados se les invitó a realizar una evaluación psicológica presencial más exhaustiva que incluía, entre otros instrumentos, el IDC. Del total de personas invitadas, 246 realizaron esa segunda evaluación psicológica presencial, pero no todos los participantes completaron el IDC, por lo que la muestra se redujo a 212 participantes. Entre estos participantes, 89 obtuvieron una puntuación mayor de 25 en el IDC y, por tanto, se consideró que mostraban duelo complicado. Esta muestra final de dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática tenían una edad media de 53,94 años ( $DT = 12,24$ ), con un rango entre 24 y 79 años, y 78,7% de ellos eran mujeres. El atentado terrorista que acabó con la vida de su familiar había ocurrido una media de 24,65 años ( $DT = 8,79$ ) antes de la realización de la evaluación psicológica.

La segunda muestra de dolientes con duelo complicado estaba compuesta por 54 personas de la población general que habían perdido un familiar por muerte no traumática y que presentaban duelo complicado en relación con ese fallecimiento. El reclutamiento de esta segunda muestra se realizó mediante la técnica de la bola de nieve. Estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid invitaron a 390 allegados adultos que habían perdido a un familiar a participar en un estudio sobre duelo completando una serie de cuestionarios. Los datos de 26 participantes fueron excluidos por presentar incompletos los cuestionarios aplicados y, de los 364 dolientes restantes, se seleccionaron las 271 personas que habían perdido al familiar debido a una causa no traumática como, por ejemplo, enfermedad (79,3 %) o edad (19,9 %). Entre estos 271 participantes, 54 dolientes obtuvieron una puntuación mayor de 25 en el IDC y, por tanto, se consideró que presentaban duelo complicado.

Esta muestra final de dolientes con duelo complicado tras una muerte no traumática tenía una edad media de 54,02 años ( $DT = 19,41$ ), con un rango entre 20 y 88 años, y el 85,2% de ellos eran mujeres. El fallecimiento de su familiar había ocurrido una media de 10,79 años ( $DT = 8,79$ ) antes de la realización de la evaluación psicológica.

Otras características sociodemográficas de las dos muestras o grupos de dolientes que finalmente participaron en este estudio, además de su grado de parentesco con el familiar fallecido, se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias en las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática

Característica	Muerte traumática <i>N</i> = 89	Muerte no traumática <i>N</i> = 54	$\chi^2 / t$	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	78,7 %	85,2 %	0,94	,333
Edad media en años ( <i>DT</i> )	53,94 (12,24)	54,02 (19,41)	-0,02	,978
Media de años tras la muerte ( <i>DT</i> )	24,65 (8,79)	10,79 (13,59)	6,69	,001
Estado civil			5,94	,312
Soltero/a	15,7 %	18,5 %		
Casado/a o convivencia estable	41,5 %	48,2 %		
Separado/a	3,4 %	0,0 %		
Divorciado/a	5,6 %	11,1 %		
Viudo/a	33,7 %	22,2 %		
Parentesco de la persona fallecida			20,85	,001
Padre/madre	36,0 %	48,1 %		
Esposo/a o pareja	36,0 %	18,5 %		
Hermano/a	15,7 %	9,3 %		
Hijo/a	7,9 %	0,0 %		
Otro parentesco	4,5 %	24,1 %		
Nivel medio de estudios ( <i>DT</i> )	1,85 (0,85)	1,81 (0,83)	0,27	,787
Trabajando en la actualidad	37,1 %	38,9 %	0,05	,829

Todos los dolientes tras un atentado terrorista completaron una medida de estrés postraumático en relación con ese fallecimiento traumático, de manera que, para los análisis sobre las diferencias en síntomas de estrés postraumático, de los 54 dolientes tras muerte no traumática, se seleccionaron aquellos que al completar la medida de estrés postraumático señalaron que ese fallecimiento no traumático era el suceso

más estresante que habían experimentado y, por tanto, completaron dicha medida en relación con dicho fallecimiento no traumático ( $n = 38$ ). Las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento de este grupo de dolientes con duelo complicado tras muerte no traumática se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Diferencias en las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática y que completaron una medida de estrés postraumático en relación con la muerte

Característica	Muerte traumática $N = 89$	Muerte no traumática $N = 38$	$\chi^2 / t$	$p$
Sexo (% de mujeres)	78,7 %	89,5 %	2,10	,147
Edad media en años (DT)	53,94 (12,24)	54,89 (19,43)	-0,28	,780
Media de años tras la muerte (DT)	24,65 (8,79)	12,07 (15,00)	4,83	,001
Estado civil			6,42	,268
Soltero/a	15,7 %	18,4 %		
Casado/a o convivencia estable	41,5 %	50,0 %		
Separado/a	3,4 %	0,0 %		
Divorciado/a	5,6 %	13,2 %		
Viudo/a	33,7 %	22,2 %		
Parentesco de la persona fallecida			21,06	,001
Padre/madre	36,0 %	50,0 %		
Esposo/a o pareja	36,0 %	13,2 %		
Hermano/a	15,7 %	10,5 %		
Hijo/a	7,9 %	0,0 %		
Otro parentesco	4,5 %	26,3 %		
Nivel medio de estudios (DT)	1,85 (0,85)	1,84 (0,89)	0,07	,943
Trabajando en la actualidad	37,1 %	39,5 %	0,06	,799

### *Instrumentos*

*Inventario de Duelo Complicado* o IDC<sup>(13)</sup>, en su adaptación española<sup>(14)</sup>. El IDC consta de 19 afirmaciones sobre pensamientos y comportamientos relacionados con el duelo complicado cuya frecuencia debe valorar la persona evaluada con escalas tipo Likert de cinco opciones de respuesta, desde “Nunca” hasta “Siempre”. Estas opciones son puntuadas entre 0 (“Nunca”) y 4 (“Siempre”), de manera que la suma de todos los ítems permiten obtener una puntuación global en duelo complicado que fluctúa de 0 a 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a un mayor nivel

de sintomatología de duelo complicado. Según los autores de la versión original, una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado<sup>(13)</sup>. El IDC presenta índices buenos de fiabilidad y validez tanto en su versión original —p. ej., alfa de Cronbach = 0,94; fiabilidad test-retest = 0,80<sup>(13)</sup>— como en su adaptación española —p. ej., alfa de Cronbach = 0,88; fiabilidad test-retest = 0,81<sup>(14)</sup>—. Entre los participantes del presente estudio, las puntuaciones del IDC mostraron un coeficiente alfa de fiabilidad de consistencia interna de ,73.

*Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica o PCL-S<sup>(15)</sup> y versión para el DSM-5 o PCL-5<sup>(16)</sup>.* Se aplicó la adaptación española de la PCL-S<sup>(17)</sup>, diseñada para víctimas de atentados terroristas, a la muestra de dolientes de muertes traumáticas, mientras que la adaptación española de la PCL-5<sup>(18)</sup> se aplicó a la muestra de dolientes tras muertes no traumáticas. Ambos instrumentos se crearon para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático. La PCL-S está formada por 17 ítems que reflejan los síntomas del TEPT según el DSM-IV y que se contestan en escalas tipo Likert de cinco puntos valoradas de 1 a 5, mientras que la PCL-5 está formada por 20 ítems que reflejan los síntomas del TEPT según el DSM-5 y que también se contestan en escalas tipo Likert de cinco puntos, aunque valoradas de 0 a 4. Tanto la versión original de la PCL-S como su adaptación española presentan buenos índices de fiabilidad, validez convergente y validez diagnóstica<sup>(15, 19)</sup>, y, de forma similar, tanto la versión original de la PCL-5 como su adaptación española presentan evidencias de fiabilidad, validez convergente y validez diagnóstica<sup>(18, 20)</sup>. Las dos versiones tienen 16 ítems referidos a los mismos síntomas de TEPT y ambas versiones presentan una correlación de ,85 respecto a sus puntuaciones totales y correlaciones superiores a ,80 respecto a las puntuaciones en cada uno de los 16 ítems comunes<sup>(20)</sup>. En el presente estudio, tras convertir las puntuaciones de los ítems de la PCL-S a la misma escala de 0 a 4 de los ítems de la PCL-5, se analizaron las puntuaciones en los 16 ítems comunes a la PCL-S y a la PCL-5, así como las puntuaciones totales obtenidas tras sumar esos 16 ítems (PCL-16) y que podían oscilar entre 0 y 64. En los participantes del presente estudio, las puntuaciones totales de la PCL-16 mostraron un coeficiente alfa de fiabilidad de consistencia interna de ,89. Además, en este estudio también se analizaron las puntuaciones totales en la PCL-5, las cuales podían oscilar entre 0 y 80. En los casos en los que se había aplicado la PCL-S, se obtuvo la puntuación total en la PCL-5 utilizando el procedimiento propuesto y validado por Moshier et al.<sup>(21)</sup> para convertir las puntuaciones totales de la PCL-S en puntuaciones totales de la PCL-5.

### *Procedimiento*

En el caso de los dolientes tras una muerte traumática, se obtuvo, antes de la realización de la entrevista telefónica, su consentimiento informado verbal para colaborar en una investigación más amplia sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo del terrorismo. Estos dolientes corroboraron su participación firmando una hoja de consentimiento informado durante la evaluación psicológica presencial y, posteriormente, un psicólogo les aplicó diversos instrumentos psicopatológicos entre los cuales estaban la PCL-S y el IDC, aplicados en este orden. Todos los psicólogos que actuaron como evaluadores habían sido entrenados específicamente en la realización de dichas evaluaciones mediante la impartición de un diploma universitario centrado en la atención psicológica a víctimas de atentados terroristas,



la observación de evaluaciones, la realización de evaluaciones supervisadas y la realización de sesiones clínicas semanales.

En el caso de los dolientes tras una muerte no traumática, estos, después de firmar una hoja de consentimiento informado para colaborar en una investigación sobre el duelo, completaron diversos cuestionarios psicológicos entre los cuales estaba la PCL-5 y el IDC, aplicados en este orden. Los cuestionarios fueron aplicados individualmente por el estudiante de Psicología que había invitado al participante a colaborar en la investigación. El entrenamiento y la supervisión de los estudiantes en la aplicación de los cuestionarios se realizaron durante un seminario sobre duelo complicado impartido por psicólogos especializados en la evaluación y tratamiento de los trastornos emocionales asociados al trauma y al duelo.

### 3. Análisis de datos

Todos los análisis de datos se realizaron con el programa IBM SPSS, v. 28, y, en todos ellos, un valor de  $p < ,05$  se consideró estadísticamente significativo. Los dos grupos de dolientes se compararon en cuanto a sus características sociodemográficas y relacionadas con el atentado mediante pruebas  $t$  de Student para grupos independientes, en el caso de las medidas continuas, y mediante pruebas de  $\chi^2$  en el caso de las medidas categóricas. Las características en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de dolientes fueron incluidas como covariables en los ANCOVA realizados posteriormente para comparar los dos grupos de dolientes en cada uno de los síntomas de duelo complicado y de estrés postraumático. En estos ANCOVA se utilizó la corrección de Bonferroni para controlar la probabilidad de cometer un error de tipo I por la realización de comparaciones múltiples y el estadístico  $\eta^2_p$  para estimar el tamaño del efecto, considerándose los valores de ,01, ,06 y ,14 como efectos de tamaño pequeño, medio y grande, respectivamente, según los estándares de Cohen<sup>(22)</sup>.

### 4. Resultados

#### *Diferencias en sintomatología de duelo complicado*

Como se puede observar en la tabla 1, los resultados de las pruebas  $t$  y de  $\chi^2$  indicaban que los dos grupos de dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática no diferían de forma estadísticamente significativa en cuanto al sexo, la edad media, el estado civil, el nivel medio de estudios y la situación laboral, pero, en cambio, sí diferían significativamente respecto al número medio de años transcurridos desde el fallecimiento del ser querido,  $t_{(141)} = 6,69, p < ,001$ , y el parentesco de la persona fallecida con el doliente,  $\chi^2_{(4, N=143)} = 20,85, p < ,001$ . En el caso de esta última variable, las posteriores pruebas  $z$  de comparación de proporciones revelaron que las diferencias entre grupos en cuanto al parentesco tenían que ver con diferencias en cuanto a la proporción de parejas fallecidas, de hijos fallecidos y de personas con otros parentescos fallecidas (todas las pruebas  $z$  con  $p < ,05$ ). Por tanto, se crearon tres variables indicadoras o ficticias (*dummy*) basadas en estos tres tipos de parentescos para incluirlas en los posteriores ANCOVA como covariables a controlar.

En la tabla 3 se recogen los resultados de los ANCOVA realizados para examinar en qué ítems del IDC se diferenciaban los dos grupos de dolientes. Estos resultados indicaban que los dos grupos de dolientes solo diferían de forma estadísticamente significativa en seis síntomas de duelo complicado (ira sobre la muerte, desconfianza de la gente, sentir dolores o síntomas que tenía el fallecido, evitación de los recuerdos del fallecido, sensación de vacío vital y amargura por la muerte), aunque, tras la corrección de Bonferroni, las diferencias significativas se circunscribían a tan solo dos síntomas. En concreto, los dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática mostraban mayor desconfianza de la gente (2,11 vs. 1,24) y, por el contrario, sentían en menor medida dolores o síntomas que tenía el fallecido (0,36 vs. 0,87), diferencias que, en ambos casos, eran de tamaño medio ( $,06 \leq \eta^2_p < 0,14$ ).

Además, los resultados del ANCOVA sobre la puntuación total en el IDC revelaron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática en el nivel global de sintomatología de duelo complicado (39,80 vs. 38,06; véase la tabla 3).

Tabla 3. Diferencias en las puntuaciones medias (*M*) en los ítems del IDC entre dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática

Ítem	Muerte traumática <i>N</i> = 89 <i>M</i> ( <i>DT</i> )	Muerte no traumática <i>N</i> = 54 <i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$
1. Pensamientos persistentes sobre el fallecido que son disfuncionales.	2,02 (1,13)	2,54 (1,04)	4,78	,030	,034
2. Recuerdos del fallecido que trastoran.	2,10 (1,15)	1,98 (1,07)	0,01	,909	,000
3. No aceptación de la muerte.	2,65 (1,22)	2,70 (1,16)	0,05	,826	,000
4. Anhelo del fallecido.	3,72 (0,56)	3,59 (0,86)	0,640	,425	,005
5. Atracción por los recordatorios del fallecido.	2,85 (1,25)	3,02 (1,31)	0,20	,652	,001
6. Ira sobre la muerte.	3,13 (1,14)	-2,76 (1,18)	2,90	,091	,021
7. Incredulidad sobre la muerte.	2,64 (1,37)	2,81 (1,33)	0,02	,888	,000
8. Aturdimiento por la muerte.	2,42 (1,09)	2,26 (1,23)	1,25	,265	,009
9. Desconfianza de la gente.	2,11 (1,38)	1,24 (1,30)	8,52	,004*	,059
10. Despreocupación y distanciamiento de los demás.	1,31 (1,39)	1,31 (1,29)	0,02	,961	,000

Ítem	Muerte traumática N = 89 M (DT)	Muerte no traumática N = 54 M (DT)	F	p	$\eta^2_p$
11. Sentir dolores o síntomas que tenía el fallecido [identificación con el fallecido].	0,36 (0,94)	0,87 (1,27)	13,45	,001*	,089
12. Evitación de los recuerdos del fallecido.	1,25 (1,50)	0,93 (1,16)	5,94	,016	,042
13. Sensación de vacío vital.	2,69 (1,10)	2,13 (1,29)	3,86	,051	,027
14. Alucinaciones auditivas del fallecido.	0,94 (1,24)	1,17 (1,40)	0,32	,571	,002
15. Alucinaciones visuales del fallecido.	0,67 (1,15)	0,70 (1,21)	0,00	,951	,000
16. Sensación de injusticia sobre la muerte [culpa del superviviente].	1,34 (1,50)	1,09 (1,49)	0,11	,738	,001
17. Amargura por la muerte.	3,30 (1,05)	2,78 (1,25)	3,37	,069	,024
18. Envidia de otros que no han perdido a alguien cercano.	2,02 (1,64)	2,09 (1,59)	0,08	,782	,001
19. Sensación de soledad.	2,26 (1,35)	2,07 (1,29)	0,00	,962	,000
Puntuación total	39,80 (9,98)	38,06 (9,49)	2,67	,105	,019

Nota. DT = desviación típica. \*Estadísticamente significativo con  $p < ,05$  tras la corrección de Bonferroni ( $p = 0,05 / 19 = ,0026$ ).

### *Diferencias en sintomatología de estrés postraumático*

Como se puede observar en la tabla 2, los resultados de las pruebas  $t$  y de  $\chi^2$  indicaban que los dos grupos de dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática y que completaron una medida de estrés postraumático en relación con la muerte no diferían de forma estadísticamente significativa en cuanto al sexo, la edad media, el estado civil, el nivel medio de estudios y la situación laboral, pero, en cambio, sí diferían significativamente respecto al número medio de años transcurridos desde el fallecimiento del ser querido,  $t_{(125)} = 4,83$ ,  $p < ,001$ , y el parentesco de la persona fallecida con el doliente,  $\chi^2_{(4, N = 127)} = 21,06$ ,  $p < ,001$ . En el caso de esta última variable, las posteriores pruebas  $z$  de comparación de proporciones revelaron que las diferencias entre grupos en cuanto al parentesco tenían que ver con diferencias en cuanto a la proporción de parejas fallecidas y de personas con otros parentescos fallecidas (las dos pruebas  $z$  con  $p < ,05$ ). Por tanto, se crearon dos variables indicadoras basadas

en estos dos tipos de parentescos para incluirlas en los posteriores ANCOVA como covariables a controlar.

En la tabla 4 se recogen los resultados de los ANCOVA realizados para examinar en qué ítems de la PCL-16 se diferenciaban los dos grupos de dolientes. Estos resultados indicaban que los dos grupos de dolientes solo diferían de forma estadísticamente significativa en dos síntomas de estrés postraumático (malestar ante recordatorios y evitación de recordatorios internos) y la diferencia era, en ambos casos, de tamaño pequeño ( $,01 \leq \eta^2_p < ,06$ ), aunque, tras la corrección de Bonferroni, ninguna de las dos diferencias fue estadísticamente significativa.

Además, los resultados del ANCOVA sobre la puntuación total en la PCL-16 y en la PCL-5 revelaron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática en el nivel global de sintomatología de estrés postraumático (19,74 vs. 19,94 para la PCL-16, y 27,34 vs. 29,31, para la PCL-5; véase la tabla 4).

Tabla 4. Diferencias en las puntuaciones medias (*M*) en los ítems de la PCL entre dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática y tras una muerte no traumática y que completaron una medida de estrés postraumático en relación con la muerte

Ítem†	Muerte traumática <i>N</i> = 89 <i>M</i> ( <i>DT</i> )	Muerte no traumática <i>N</i> = 38 <i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>F</i>	<i>p</i> *	$\eta^2_p$
1 (1). Recuerdos dolorosos.	1,71 (1,27)	1,71 (1,29)	0,02	,891	,000
2 (2). Pesadillas.	0,62 (1,01)	1,16 (1,22)	2,38	,125	,019
3 (3). Reviviscencias.	0,76 (1,12)	1,42 (1,31)	2,94	,089	,024
4 (4). Malestar ante recordatorios.	2,48 (1,15)	1,95 (1,25)	6,63	,011	,052
5 (5). Reacciones físicas ante recordatorios.	1,47 (1,42)	1,29 (1,16)	0,58	,446	,005
6 (6). Evitación de recordatorios internos.	1,82 (1,43)	1,29 (1,25)	4,56	,035	,036
7 (7). Evitaciones de recordatorios externos.	1,35 (1,42)	1,63 (1,49)	0,81	,370	,007
8 (8). Amnesia.	0,84 (1,29)	1,02 (1,28)	0,02	,879	,000
9 (12). Perder interés en actividades que se disfrutaban.	1,64 (1,36)	1,76 (1,44)	0,65	,423	,005
10 (13). Sentirse distante de los demás.	1,54 (1,48)	1,24 (1,24)	0,68	,411	,006
11 (14). Problemas para tener sentimientos positivos.	0,89 (1,29)	1,29 (1,39)	0,71	,402	,006
13 (20). Dificultades para dormir.	1,76 (1,41)	1,87 (1,65)	2,31	,131	,019
14 (15). Irritabilidad o arrebatos de ira.	1,50 (1,36)	1,37 (1,28)	1,87	,173	,015

Ítem†	Muerte traumática N = 89 M (DT)	Muerte no traumática N = 38 M (DT)	F	p*	$\eta^2_p$
15 (19). Dificultades para concentrarse.	1,74 (1,34)	1,81 (1,27)	0,61	,436	,005
16 (17). Hipervigilancia.	1,41 (1,25)	1,44 (1,35)	0,05	,822	,000
17 (18). Sobresalto.	1,73 (1,35)	1,37 (1,12)	0,60	,440	,005
Puntuación total de la PCL-16	19,74 (11,65)	19,94 (10,64)	0,13	,711	,001
Puntuación total de la PCL-5	27,34 (16,66)	29,31 (15,12)	0,07	,789	,001

Nota. DT = desviación típica. †El primer número que inicia cada ítem indica su numeración en la PCL-S y el segundo número, entre paréntesis, su numeración en la PCL-5. \*Ninguna diferencia fue estadísticamente significativa con  $p < ,05$  tras la corrección de Bonferroni ( $p = ,05 / 16 = ,0031$ ).

## 5. Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio era examinar la existencia del duelo complicado traumático como un constructo distinto del duelo complicado. Entre las múltiples fuentes de evidencia que pudiera justificar esa distinción, una fuente sería la existencia de diferencias en la sintomatología de duelo complicado y de estrés postraumático entre las personas que sufren duelo complicado tras una muerte traumática como, por ejemplo, una muerte por atentado terrorista, y las personas que sufren duelo complicado tras una muerte no traumática como, por ejemplo, una muerte por edad o enfermedad. Por tanto, si existe el duelo complicado traumático cabría esperar, en primer lugar, que las personas que sufren duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista mostrasen niveles más elevados de los síntomas de duelo complicado que son más semejantes a los del TEPT. En concreto, y en función de los síntomas que mide el IDC, el instrumento de duelo complicado más utilizado y citado en la literatura científica según la base de datos bibliográfica PsycInfo<sup>(1)</sup>, cabría esperar que los dolientes con duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista mostrasen niveles más elevados de pensamientos persistentes sobre el fallecido que alteran el funcionamiento habitual (ítem 1), recuerdos del fallecido que trastornan (ítem 2), evitación de los recuerdos del fallecido (ítem 12), incredulidad sobre la muerte (ítem 7), aturdimiento por la muerte (ítem 8), ira sobre la muerte (ítem 6), amargura por la muerte (ítem 17), desconfianza de la gente (ítem 9), despreocupación y distanciamiento de los demás (ítem 10) o culpa del superviviente (ítem 16), e, incluso, según el análisis de Prigerson et al.<sup>(13)</sup> sobre los síntomas de duelo complicados similares a los del TEPT, niveles también más elevados de alucinaciones auditivas o visuales del fallecido (ítems 14 y 15) y de síntomas de identificación con el fallecido (ítem 11). Sin embargo, los resultados de este estudio indican que, tan solo en dos de esos 13 síntomas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ente los dolientes con duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista y los dolientes con duelo complicado tras una muerte no traumática y, en uno de ellos (desconfianza de la gente), los primeros efectivamente mostraban un mayor nivel que los segundos, pero en el otro (identificación con el fallecido), el

patrón era justo el contrario, los dolientes con duelo complicado tras una muerte no traumática mostraban un mayor nivel que los dolientes con duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista. En consecuencia, respecto a la sintomatología de duelo complicado, no parece que existan diferencias entre ambos grupos de dolientes que apoyen la existencia del duelo complicado traumático como un constructo diferente al de duelo complicado.

No obstante, si existe el duelo complicado traumático también cabría esperar, en segundo lugar, que las personas que sufren duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista mostrasen niveles más elevados de síntomas de TEPT como, por ejemplo, síntomas de evitación de los recuerdos o de los recordatorios del fallecimiento, pesadillas relacionadas con la muerte, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del fallecimiento, reviviscencias de la muerte, sentimientos de distanciamiento de los demás, problemas para tener sentimientos positivos, irritabilidad o arrebatos de ira. Sin embargo, los resultados de este estudio indican que en ninguno de los 16 síntomas de TEPT que miden conjuntamente la PCL-S y la PCL-5, dos versiones del instrumento de TEPT más utilizado y citado en la literatura científica según la base de datos bibliográfica PsycInfo<sup>(23)</sup>, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dolientes con duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista y los dolientes con duelo complicado tras una muerte no traumática. De hecho, tampoco se encontraron diferencias entre ambos grupos de dolientes respecto al nivel global de sintomatología de TEPT tanto si este se medía sumando los 16 ítems comunes a la PCL-S y la PCL-5 como convirtiendo las puntuaciones totales de la PCL-S en puntuaciones totales de la PCL-5. Por tanto, respecto a la sintomatología de TEPT, tampoco parece que existan diferencias entre ambos grupos de dolientes que apoyen la existencia del duelo complicado traumático como un constructo diferente al de duelo complicado.

En resumen, los resultados del presente estudio respecto a la comparación de la sintomatología de duelo complicado y de la sintomatología de TEPT entre los dolientes con duelo complicado tras una muerte por atentado terrorista y los dolientes con duelo complicado tras una muerte por edad o enfermedad no sustentan la hipótesis de que el duelo complicado tras una muerte traumática sea diferente del duelo complicado tras una muerte no traumática en cuanto a que los síntomas de duelo complicado más semejantes a los de TEPT sean los más predominantes o en cuanto a que aparezcan de forma simultánea más síntomas de TEPT. En este sentido, los resultados de este estudio apoyan la decisión tomada en el DSM-5-TR<sup>(5)</sup> de eliminar el especificador de duelo traumático que proponía el DSM-5 para el diagnóstico del trastorno de duelo complejo persistente, diagnóstico que en el DSM-5-TR se denomina trastorno de duelo prolongado.

La ausencia de datos en este estudio que apoyen la existencia del constructo de duelo complicado traumático no quiere decir que la muerte traumática de un ser querido no sea un factor importante en el duelo complicado, ya que, como ha demostrado la literatura científica, una muerte traumática aumenta significativamente la probabilidad de sufrir duelo complicado en comparación a las muertes naturales o no traumáticas. Por ejemplo, en el metaanálisis de Lundorff et al.<sup>(25)</sup> se encontró una prevalencia media de duelo complicado de 9,8 % tras una muerte natural o no traumática, mientras que en el metaanálisis de Djelantik et al.<sup>(24)</sup> se encontró que dicha prevalencia aumenta hasta un 49 % en el caso de

muertes por accidentes, desastres, suicidios u homicidios. De hecho, los propios resultados de este estudio van en la misma dirección. En la presente muestra de 212 dolientes tras una muerte por atentado terrorista, se encontró una prevalencia del duelo complicado de 42 %, muy similar a la encontrada en el metaanálisis de Djelantik et al.<sup>(25)</sup> tras muertes por accidentes, desastres, suicidios u homicidios (49 %), pero el doble de la prevalencia de 19,9 % encontrada en la presente muestra de 271 dolientes de la población general tras una muerte no traumática, diferencia que fue estadísticamente significativa,  $\chi^2_{(1, N=483)} = 27,76, p < ,001$ . Es más, el nivel global de sintomatología de duelo complicado medida por el IDC entre los 212 dolientes tras una muerte por atentado terrorista fue significativamente más elevado que entre los 271 dolientes de la población general tras una muerte no traumática, 23,48 vs. 15,94,  $t_{(481)} = 5,58, p < ,001$ , siendo la diferencia de tamaño moderado ( $d$  de Cohen = 0,51).

En resumen, aunque los resultados de este estudio no apoyan la existencia del duelo complicado traumático, sí sustentan el papel de la muerte traumática como un factor que agrava notablemente las reacciones de duelo y aumenta significativamente la probabilidad de duelo complicado.

Sin embargo, esta conclusión y las anteriores se deben valorar a la luz de las limitaciones de este estudio. La más importante es que los participantes no fueron seleccionados mediante un procedimiento aleatorio, sino que pertenecían a muestras de conveniencia y, por tanto, susceptible a los sesgos de este tipo de muestreo. En consecuencia, sería conveniente replicar los resultados obtenidos en otras muestras de adultos españoles que hayan perdido a un ser querido por otras causas traumáticas o no traumáticas. También sería conveniente examinar las diferencias en sintomatología de duelo complicado utilizando otros instrumentos que, si bien no han sido tan utilizados como el IDC, se ajustan más a las nuevas definiciones de duelo complicado, en particular, a los constructos de trastorno de duelo prolongado que se proponen en el DSM-5-TR<sup>(5)</sup> y en la CIE-11<sup>(4)</sup>.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos de este estudio sugieren que, aunque una muerte traumática como, por ejemplo, una muerte en un atentado terrorista, incrementa la gravedad de las reacciones de duelo y la probabilidad de sufrir duelo complicado, este duelo complicado es similar al duelo complicado que pueden sufrir las personas tras una muerte no traumática, al menos a nivel sintomatológico y a nivel de los síntomas simultáneos de TEPT que también pueden aparecer. Desde el punto de vista aplicado, la principal implicación de estos hallazgos es que, dejando al margen los otros trastornos psicológicos comórbidos que pueden presentar los dolientes, los tratamientos utilizados para tratar exitosamente a los dolientes con duelo complicado tras una muerte no traumática como, por ejemplo, algunos de los recogidos en las revisiones de la literatura científica<sup>(11,12)</sup>, es razonable que también tengan una buena probabilidad de éxito con los dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática.

## 7. Agradecimientos

Este estudio fue posible gracias a una ayuda del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. PGC2018-098387-B-I00) y a contratos de investigación con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT).

## 8. Referencias bibliográficas

1. Sanz J, Cobos B, Fausor R, Liébana S, Sánchez-Marqueses JM, Jiménez A, Sanz-García A, García-Vera MP. Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatol Clín Legal Forense* 2020; 20:137-73 2020;20:137-73. [Acceso 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.masterforense.com/pdf/2020/2020art7.pdf>
2. García-Vera MP, Sanz J. Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta. Madrid: Pirámide, 2016.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5™. 5.ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. World Health Organization. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision, 2018. [Acceso 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/m/en>
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
6. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF 3rd, Maciejewski PK, Davidson JR, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999;174:67-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
7. Prigerson HO, Jacobs SC. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001, p. 613-45. <https://doi.org/10.1037/10436-026>
8. Shear MK, Frank E, Foa E, Cherry C, Reynolds CF III, Vander Bilt J, Masters S. Traumatic grief treatment: A pilot study. *Am J Psychiatry* 2001;158(9):1506-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1506>
9. Cohen JA, Mannarino AP, Greenberg T, Padlo S, Shipley C. Childhood traumatic grief: Concepts and controversies. *Trauma Violence Abuse* 2002;3:307-27. <https://doi.org/10.1177/1524838002237332>
10. McClatchey IS, Vonk ME, Lee J, Bride B. Traumatic and complicated grief among children: One or two constructs? *Death Stud* 2014;38:69-78. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.725571>
11. Johannsen M, Damholdt MF, Zachariae R, Lundorff 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>
12. Sanz Molina B, Sanz Cortés A, Cruzado JA. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado. *Psicooncología* 2023;20:63-85. <https://doi.org/10.5209/psic.87570>
13. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Millar M. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
14. Limonero J, Lacasta M, García J, Maté J, Prigerson H. Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado. *Med Paliativa* 2009;16:291-97.
15. Weathers F, Litz B, Herman D, Huska J, Keane T. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility [Comunicación oral]. 9th Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, 1993.



16. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD, 2013. [Acceso 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://ptsd.va.gov>
17. Vázquez C, Pérez-Sales P, Matt G. Post-traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Span J Psychol* 2006;9:61-74. <https://doi.org/10.1017/s1138741600005989>
18. Sanz J, Altungy P, Reguera B, Navarro R, Gesteira C, Sanz-García A, et al. Psychometric validation of the Spanish version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Manuscrito bajo revisión editorial, 2023.
19. Cobos Redondo B, Navarro R, Morán N, Altungy P, Gesteira C, Fausor R, Reguera B, García-Vera MP, Sanz J. La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) en víctimas del terrorismo: análisis comparativo de las propiedades psicométricas de su aplicación telefónica frente a presencial. *Ansiedad Estrés* 2021;27:140-8. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a19>
20. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress* 2015;28:489-98. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
21. Moshier SJ, Lee DJ, Bovin MJ, Gauthier G, Zax A, Rosen RC, Keane TM, Marx BP. An empirical crosswalk for the PTSD Checklist: Translating DSM-IV to DSM-5 using a veteran sample. *J Trauma Stress* 2019;32:799-805. <https://doi.org/10.1002/jts.22438>
22. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2.<sup>a</sup> ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
23. Reguera B, Altungy P, Cobos Redondo B, Navarro R, Gesteira C, et al. Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postraumático de la CIE-11. *Ansiedad Estrés* 2021;27:57-66. . <https://doi.org/10.5093/anyes2021a8>
24. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord* 2020;265:146-56. . <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
25. Lundorff 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;212:138-49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>