

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS DOCTORAL

**Duelo complicado en víctimas del terrorismo y en población
general. ¿Existe el duelo traumático?**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Arantxa Soriano Álvarez

Directores

**María Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández**

Madrid

© Arantxa Soriano Álvarez, 2023

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Duelo complicado en víctimas del terrorismo y en población general.
¿Existe el duelo traumático?**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Arantxa Soriano Álvarez

Directores

**María Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en Psicología

**DUELO COMPLICADO EN VÍCTIMAS DEL
TERRORISMO Y EN POBLACIÓN GENERAL. ¿EXISTE
EL DUELO TRAUMÁTICO?**



TESIS DOCTORAL

Autora:

Arantxa Soriano Álvarez

Directores:

Dra. María Paz García Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Agradecimientos

La investigación empírica de la presente tesis doctoral ha sido posible en parte gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de las ayudas a los proyectos de investigación con referencias PSI2011-26450, PSI2014-56531-P y PGC2018-098387-B-100, y al convenio de colaboración establecido entre la UCM y la AVT (contratos de investigación de referencias 270-2012, 283-2013, 53- 2014, 100-2014, 192-2014 y 40-2015), a través de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mi más sincero agradecimiento a los responsables de dichos organismos y a todo el personal que ha hecho posible este trabajo.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo, el cariño y especialmente el esfuerzo de mis dos directores de tesis, María Paz García Vera y Jesús Sanz. Ellos me animaron a emprender esta aventura, confiaron en mí y han sido mi guía durante todo este proceso. De ellos, he aprendido a valorar y apreciar aún más mi profesión y, sobre todo, a poner en práctica cada día el valor más puro de las palabras constancia, esfuerzo, sacrificio y dedicación. Os agradezco de todo corazón el increíble trabajo que realizáis y la inestimable ayuda que siempre nos ofrecéis.

Gracias a la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), y en especial, a Maite Araluce, su presidenta, y a Miguel Folguera, consejero de la AVT. Agradezco enormemente su confianza desde el primer momento, el valor que le han dado a mi trabajo y el cariño y apoyo diario. Gracias por supuesto a mis compañeros que, entre todos, formamos una pequeña gran familia. Sin duda, un hueco importante lo ocupan todas las víctimas del terrorismo. A todas ellas y en especial las que han formado parte de este trabajo, gracias. Gracias por el enorme cariño que me habéis transmitido en cada llamada, en cada encuentro. Sois un ejemplo de superación, de lucha incansable, de resiliencia.

Espero con este trabajo, aportar mi pequeño granito de arena en la comprensión e intervención en el dolor que aún hoy en día me consta que persiste.

Mi trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, por lo que quiero aprovechar la ocasión también para agradecer el trabajo e implicación de todos mis compañeros. Gracias especialmente a Belén, Inés y Nani por su apoyo incondicional, su ánimo y su confianza.

Mi más sincero agradecimiento a mis padres, Loli y Javi, a mi hermana, Laura y a Juanjo. Gracias por vuestras enseñanzas, por confiar y creer en mí. Gracias por esa risa terapéutica que tan presente está en nuestras vidas. Por supuesto, gracias a Ángel por acompañarme en la recta final de este trabajo. Llegaste en el momento oportuno para llenarme de energía, fuerza, confianza y seguridad. Gracias por hacerme la vida más fácil, divertida y plena. Entre los seis hemos creado una familia maravillosa.

A mi abuelo Tati, por llenarnos de alegría en cada ratito compartido. A los del 5º, por cuidarnos y acompañarnos en cada momento de nuestra vida. Y aquí, quiero tener una mención especial para la abuela Lola, la abuela Toñi, el abuelo Paco y el tío José. Os he tenido muy presentes a lo largo de todo este trabajo y sé que estaríais plenamente orgullosos.

Continúo con Selas, como refugio, hogar y disfrute. Quisiera dar las gracias especialmente a Raúl, Sara, Mirian, Rodri, Juancho, Mario, Lucía, Benji y Raquel, Paula, Javi y Mari por acompañarme en este duro camino, por el apoyo continuado y por llenarme el alma con cada ratito juntos.

A Víctor, por los paseos interminables donde arreglamos el mundo y nuestra propia vida. Por los abrazos curativos y el apoyo incondicional.

A Cris, mi mejor amiga, por transmitirme siempre la seguridad y la confianza necesaria para hacer frente a cualquier adversidad. Por esa capacidad de acoger mis malos momentos, desenredar los problemas y proporcionarme la red que necesito.

Qué afortunada me siento. A todos, de corazón, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	20
ABSTRACT	24
PARTE TEÓRICA	28
CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL TERRORISMO	32
1.1. Definición de terrorismo	32
1.2. El terrorismo en España	39
1.3. El terrorismo global	51
1.4. El terrorismo en la actualidad	55
CAPÍTULO 2: CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS	61
2.1. Trastorno de estrés agudo y postraumático en víctimas del terrorismo	62
2.1.1. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas	69
2.1.2. Prevalencia a largo plazo del trastorno de estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas	71
2.1.3. Factores relacionados con el trastorno de estrés postraumático	72
2.2. Trastornos depresivos en víctimas del terrorismo	78
2.2.1. Prevalencia del trastorno del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas	83
2.2.2. Prevalencia a largo plazo del trastorno del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas	90
2.2.3. Factores relacionados con el trastorno depresivo mayor	91
2.3. Trastornos de ansiedad en víctimas del terrorismo	92
2.3.1. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas	96
2.3.2. Prevalencia a largo plazo de los trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas	97
2.3.3. Factores relacionados con los trastornos de ansiedad	98
CAPÍTULO 3: EL PROCESO DE DUELO	106
3.1. Conceptualización del duelo	106
3.2. Teorías sobre el duelo	110
3.2.1. Modelos explicativos del duelo	110
3.2.2. Modelos descriptivos del duelo	111
3.2.3. Modelo integrativo-relacional y las 6R	115
3.2.4. Teorías psicoanalíticas y del desarrollo	117
3.2.5. Modelo del apego	117

3.2.6. Modelos cognitivos. Constructivismo	119
3.2.7. Perspectivas sobre el afrontamiento	120
3.2.8. Modelos integradores	121
3.2.9. Modelo cognitivo-conductual	121
3.2.10. Modelo basado en el contexto social.....	122
3.3. El duelo normal	124
3.4. El duelo complicado	125
3.4.1. Concepto	125
3.4.2. Criterios diagnósticos	126
3.4.3. Comorbilidad	150
3.4.4. Evaluación del duelo complicado	151
3.4.5. Factores de riesgo del duelo complicado.....	155
3.5. El duelo traumático	164
3.6. Intervención en pacientes con duelo complicado	171
CAPÍTULO 4: DUELO COMPLICADO POR LA MUERTE DE UN FAMILIAR EN CIRCUNSTANCIAS VIOLENTAS Y NO VIOLENTAS. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA	178
4.1. Duelo complicado en la población general	178
4.1.1. Duelo complicado en población española. Prevalencia.....	187
4.2. Duelo complicado por causas violentas	190
4.2.1. Duelo complicado por un atentado terrorista	195
4.3. Duelo complicado tras el fallecimiento de un ser querido por COVID-19	202
CAPÍTULO 5: DUELO COMPLICADO, TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. TRES CONSTRUCTOS DIFERENCIADOS.....	208
5.1. El duelo complicado como categoría diagnóstica	208
5.2. Diagnóstico diferencial.....	212
5.3. Nomenclatura.....	230
PARTE EMPÍRICA	232
CAPÍTULO 6:	236
ESTUDIO 1: Estructura factorial del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	236
6.1. Introducción	236
6.2. Objetivo e hipótesis.....	240
6.3. Método.....	241
6.4. Resultados	251
6.5. Discusión	260
CAPÍTULO 7:	271

ESTUDIO 2: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI-II y PCL-S en una muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas	271
7.1. Introducción	271
7.2. Objetivo e hipótesis.....	272
7.3. Método.....	272
7.4. Resultados	284
7. 5. Discusión	297
CAPÍTULO 8:	303
ESTUDIO 3: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	303
8.1. Objetivo e hipótesis.....	303
8.2. Método.....	305
8.3. Resultados	306
8.4. Discusión	327
Capítulo 9	334
Conclusiones	334
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES	336
CAPÍTULO 10: BIBLIOGRAFÍA.....	342
ANEXOS	396

ÍNDICE DE TABLAS

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1: Conceptualización del problema

Tabla 1.1. Principales definiciones de terrorismo (Zuinaga, 2011)	37
---	----

Capítulo 2: Consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas

Tabla 2.1. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático entre el DSM-IV y el DSM-5 (APA, 2000, 2013).....	65
---	----

Tabla 2.2. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de atentados terroristas.....	74
---	----

Tabla 2.3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (APA, 2000, 2013).....	80
---	----

Tabla 2.4. Prevalencia de trastornos depresivos en víctimas de atentados terroristas	85
--	----

Tabla 2.5. Comparación de los criterios diagnósticos para la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)	93
---	----

Tabla 2.6. Prevalencia de trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas	99
---	----

Capítulo 3: El proceso de duelo

Tabla 3.1. Definiciones del término <i>duelo</i> (adaptado de Del Pino, Pérez y Ortega, 2003).....	107
--	-----

Tabla 3.2. Teóricos del duelo y etapas que asignan a su concepto.	114
--	-----

Tabla 3.3. Comparación de criterios diagnósticos en distintas definiciones de duelo complicado entendido como trastorno mental (adaptado de Sanz et al., 2020).....	130
---	-----

Tabla 3.4. Comparación criterios diagnósticos Trastorno de Duelo Complejo Persistente (DSM-5) y Trastorno de Duelo Prolongado (DSM-5-TR)	147
--	-----

Tabla 3.5. Comorbilidad del duelo complicado con el trastorno por estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor (Nakajima, Masaya, Akemi y Takako, 2012)	151
--	-----

Tabla 3.6. Resumen de factores de riesgo para el duelo complicado en función de los investigadores que los han examinado o propuesto.	158
--	-----

Capítulo 4: Duelo complicado por la muerte de un familiar en circunstancias violentas y no violentas. Características y prevalencia

Tabla 4.1. Prevalencia de duelo complicado en víctimas de muerte no violenta.....	179
---	-----

Tabla 4.2. Prevalencia de duelo complicado en víctimas españolas de muerte no violenta....	187
--	-----

Tabla 4.3. Prevalencia de duelo complicado en víctimas de muerte violenta (Adaptado de Nakajima, Masaya, Akemi y Takako, 2012).....	192
---	-----

Tabla 4.4. Prevalencia de duelo complicado en familiares de víctimas del terrorismo (adaptado de Sanz et al., 2020)	199
---	-----

Capítulo 5: Duelo complicado, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático. Tres constructos diferenciados

Tabla 5.1. Principales características y resultados de los estudios que han analizado el duelo complicado como constructo independiente del TDM y TEPT.	215
--	-----

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6: Estudio 1: Estructura factorial del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Tabla 6.1. Estado civil en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	243
--	-----

Tabla 6.2. Nivel de estudios en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	244
---	-----

Tabla 6.3. Ocupación de la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	245
---	-----

Tabla 6.4. Grado de parentesco con el fallecido en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	245
--	-----

Tabla 6.5. Causas de fallecimiento de los familiares de la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	246
---	-----

Tabla 6.6. Número recomendado de factores a extraer en las matrices de correlaciones policóricas de los ítems del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	252
--	-----

Tabla 6.7. Índices de ajuste de las soluciones factoriales del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	254
---	-----

Tabla 6.8. Matriz de pesos factoriales de las soluciones factoriales del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	256
---	-----

Tabla 6.9. Media, desviación típica (<i>DT</i>), porcentaje (%) de participantes que contestan (“a menudo” o “siempre”) y correlación corregida ítem-total (r_{i-t}) de los ítems del ICG en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	257
--	-----

Capítulo 7: Estudio 2: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI y PCL-S en una muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas

Tabla 7.1. Estado civil de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio	276
---	-----

Tabla 7.2. Nivel de estudios de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio	276
---	-----

Tabla 7.3. Ocupación de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio	277
--	-----

Tabla 7.4. Grado de parentesco con el familiar fallecido en atentado terrorista de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio	278
Tabla 7.5. Tipo de atentado terrorista sufrido por el familiar fallecido de las víctimas del terrorismo que participaron en este estudio	279
Tabla 7.6. Número recomendado de factores a extraer de la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	285
Tabla 7.7. Índices de bondad de ajuste de las soluciones factoriales encontradas al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	286
Tabla 7.8. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de dos factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	288
Tabla 7.9. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de dos factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	289
Tabla 7.10. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de dos factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	291
Tabla 7.11. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de tres factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	292
Tabla 7.12. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de tres factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	294
Tabla 7.13. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-S en la solución de tres factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	296

Capítulo 8: Estudio 3: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI y PCL-5 en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Tabla 8.1. Número recomendado de factores a extraer en las correlaciones de los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	307
Tabla 8.2. Índices de bondad de ajuste de las soluciones factoriales encontradas en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	308
Tabla 8.3. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de dos factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	309
Tabla 8.4. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de dos factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	311

Tabla 8.5. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de dos factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	313
Tabla 8.6. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de tres factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	315
Tabla 8.7. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de tres factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	317
Tabla 8.8. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de tres factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	319
Tabla 8.9. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de cuatro factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	321
Tabla 8.10. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de cuatro factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	323
Tabla 8.11. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de cuatro factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	325

ÍNDICE DE FIGURAS

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1: Conceptualización del problema

Figura 1.1. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España entre 1968 y 2017 (adaptado de Statista, 2022).....	46
Figura 1.2. Cronología del nivel de alerta antiterrorista en España (adaptado de Ministerio del Interior, 2022b)	51
Figura 1.3. Ataques y número de víctimas mortales por terrorismo desde 2007 a 2021 (adaptado de START 2022).....	54

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6: Estudio 1: Estructura factorial del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Figura 6.1. Diagrama de flujo de participantes de la población general y del procedimiento de este estudio.....	242
Figura 6.2. Frecuencia de hombres y mujeres en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas.....	243
Figura 6.3. Gráfico de sedimentación del IDC basado en la matriz de correlaciones policóricas en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas	252

Capítulo 7: Estudio 2: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI y PCL-S en una muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas

Figura 7.1. Diagrama del flujo de participantes víctimas del terrorismo y del procedimiento de este estudio.....	274
Figura 7.2. Frecuencia de hombres y mujeres entre las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio.....	275
Figura 7.3. Gráfico de sedimentación del IDC, BDI-II y PCL-S basado en la matriz de correlaciones de Pearson entre sus ítems en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo	286

Capítulo 8: Estudio 3: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI y PCL-5 en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Figura 8.1. Gráfico de sedimentación del IDC, BDI-II y PCL-5 basado en la matriz de correlaciones de Pearson entre sus ítems en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas.....	307
--	-----

RESUMEN

Duelo complicado en víctimas del terrorismo y en población general.

¿Existe el duelo traumático?

INTRODUCCIÓN. La existencia de instrumentos como el Inventario de Duelo Complicado ha permitido en los últimos 30 años una abundante investigación sobre el duelo complicado, pero esta tiene todavía algunas lagunas como, por ejemplo, la caracterización del duelo complicado que aparece en aquellas personas que han perdido un ser querido en circunstancias traumáticas. Algunos autores han propuesto el constructo de duelo traumático como un tipo de duelo complicado que aparecería tras un fallecimiento violento o traumático como, por ejemplo, un atentado terrorista, y que mantendría una relación distinta con los síntomas de estrés postraumático y depresivos tan frecuentes en las personas que han sufrido un acontecimiento traumático.

Los análisis factoriales realizados para examinar la estructura interna de los síntomas de duelo complicado que mide el IDC han encontrado soluciones factoriales muy diversas que pueden oscilar entre uno, tres, cuatro y hasta seis factores. Esta discrepancia podría indicar que las características del duelo complicado en los dolientes pueden ser diferentes en función de la causa del fallecimiento del ser querido.

Por otro lado, varios estudios han demostrado a lo largo de la historia que el duelo complicado puede conformar una categoría nosológica independiente de otros constructos como la depresión o el estrés postraumático. Sin embargo, tales estudios se han realizado fundamentalmente con dolientes de fallecidos por causas no traumáticas, por lo que cabría la posibilidad de que, en dolientes de fallecidos por causas violentas y traumáticas los síntomas guarden otra relación. De ser así, esto apoyaría la existencia del duelo traumático como un constructo psicopatológico distinto del duelo complicado.

OBJETIVO

- Estudio 1: dadas las posibles características diferenciales del duelo complicado en dolientes de fallecidos por muertes violentas y tras los resultados obtenidos en Soriano et al. (2022) donde encontramos una estructura unifactorial al analizar factorialmente el IDC en una muestra de dolientes de fallecidos por terrorismo, el objetivo principal del Estudio 1 fue examinar la estructura interna del IDC en una muestra de dolientes de la población general española que habían perdido un ser querido por causas no violentas y comparar dicha estructura con la obtenida en nuestro estudio previo. Como objetivo secundario, se analizaron otras propiedades psicométricas del IDC para ampliar las evidencias sobre la validez y fiabilidad del IDC para medir el duelo complicado en dolientes españoles.
- Estudios 2 y 3: si el duelo traumático existe, sus síntomas deberían ser distintos a los de otros trastornos mentales que pueden aparecer en las personas que han sufrido un acontecimiento traumático, incluido las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista. El objetivo del Estudio 2 fue examinar si la estructura interna o factorial de los síntomas conjuntos de duelo complicado, estrés postraumático y depresión permite identificar un factor de duelo complicado en el que se agrupen los síntomas de duelo complicado y que sea distinto de otros factores en los que se agrupen los síntomas de estrés postraumático y depresión. Examinamos también si la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión es diferente en las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista y en los dolientes que han perdido un ser querido en circunstancias no traumáticas.

METODOLOGÍA. Se reclutaron dos muestras de dolientes españoles: 1) un grupo, seleccionado entre los miembros de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), de 211 familiares de personas que habían perdido la vida en un atentado terrorista una media de 26,41 años atrás, y 2) un grupo de 240 personas de la población general que habían sufrido la pérdida de un ser querido por causas no traumáticas reclutados a través de la técnica de la bola de nieve. A todos, se les administró una entrevista creada *ad hoc* para recabar datos sociodemográficos y, para medir la sintomatología objeto de estudio, los cuestionarios IDC, BDI-II y PCL (PCL-S para la muestra de víctimas del terrorismo y PCL-5 para la muestra de dolientes de la población general). Para el estudio 1 se realizaron análisis factoriales sobre la matriz de correlaciones policóricas entre los ítems del IDC. Para los estudios 2 y 3 se llevaron a cabo análisis factoriales sobre las matrices de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES. Los resultados del Estudio 1 indican que los síntomas de duelo complicado medidos por el IDC presentan una estructura interna unifactorial tanto en dolientes españoles de fallecidos por causas violentas o traumáticas como en dolientes españoles de fallecidos por causas no traumáticas. Esto apoya empíricamente la utilización de la puntuación total del IDC como medida de duelo complicado, pero no apoyaría la hipótesis de la existencia del duelo traumático como un duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas traumáticas y que es distinto del duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas no traumáticas. También sugieren que la puntuación total del IDC muestra índices adecuados de consistencia interna y de validez de red nomológica respecto al estrés postraumático y la depresión. Estos resultados, junto con los resultados de nuestro estudio previo (Soriano et al., 2022), sugieren que el IDC puede aplicarse con adecuadas garantías psicométricas

en personas españolas con síntomas de duelo complicado tras el fallecimiento de un ser querido por muerte violenta y no violenta.

Los resultados de los Estudios 2 y 3 señalan que las relaciones entre los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático responden a una estructura de tres factores en los que cada grupo de síntomas define un factor distinto, y esto es así tanto en dolientes españoles de fallecidos por causas violentas o traumáticas como en dolientes de fallecidos por causas no violentas o no traumáticas. Estos resultados permiten confirmar la validez de constructo del duelo complicado en dolientes tanto de fallecidos por causas traumáticas como no traumáticas, pero, por otro lado, tampoco apoyarían la hipótesis de la existencia del duelo traumático como un duelo complicado diferente.

ABSTRACT

Complicated grief in victims of terrorism and in general population.

Is there traumatic grief?

INTRODUCTION. The existence of instruments such as the Complicated Grief Inventory has allowed abundant research on complicated grief in the last 30 years, but this still has some gaps, such as, for example, the characterization of complicated grief that appears in those people who have lost a loved one in traumatic circumstances. Some authors have proposed the construct of traumatic grief as a type of easy grief that would appear after a violent or traumatic death, such as a terrorist attack, and that would maintain a different relationship with the symptoms of post-traumatic stress and depression that are so frequent in People who have suffered a traumatic event.

Factor analyzes conducted to examine the internal structure of complicated grief symptoms measured by the IDC have found highly diverse factor solutions that can range from one, three, four, and even six factors. This discrepancy could indicate that the characteristics of complicated grief in mourners may be different depending on the cause of death of the loved one.

On the other hand, several studies have shown throughout history that complicated grief can form a nosological category independent of other constructs such as depression or post-traumatic stress. However, such studies have been carried out mainly with mourners of non-traumatic deaths, so it could be possible that, in mourners of violent and traumatic deaths, the symptoms have another relationship. If so, this would support the existence of traumatic grief as a psychopathological construct distinct from complicated grief.

AIMS.

- Study 1: given the possible differential characteristics of complicated grief in mourners of victims of violent deaths and after the results obtained in Soriano et al. (2022) where we found a unifactorial structure when factorially analyzing the IDC in a sample of mourners of deceased by terrorism, the main objective of Study 1 was to examine the internal structure of the IDC in a sample of mourners from the general Spanish population who had lost a being loved for non-violent causes and compare said structure with the one obtained in our previous study. As a secondary objective, other psychometric properties of the IDC were analyzed to expand the evidence on the validity and reliability of the IDC to measure complicated grief in Spanish mourners.
- Studies 2 and 3: If traumatic grief exists, its symptoms should be different from those of other mental disorders that can occur in people who have suffered a traumatic event, including people who have lost a loved one in a terrorist attack. The aim of Study 2 was to examine whether the internal or factorial structure of the joint symptoms of complicated bereavement, post-traumatic stress and depression allows the identification of a complicated bereavement factor in which the symptoms of complicated bereavement are grouped and that is distinct from other factors in those that group the symptoms of post-traumatic stress and depression. We also examined whether the internal or factorial structure of the symptoms of complicated grief, post-traumatic stress, and depression is different in people who have lost a loved one in a terrorist attack and in bereaved people who have lost a loved one in non-traumatic circumstances.

METHODOLOGY. Two samples of Spanish mourners were recruited: 1) a group, selected from members of the Association of Victims of Terrorism (AVT), of 211 relatives of people who had lost their lives in a terrorist attack an average of 26.41 years ago, and 2) a group of 240 people from the general population who had suffered the loss of a loved one due to non-traumatic causes recruited through the snow wedding technique. An interview created ad hoc was administered to all of them to collect sociodemographic data and, to measure the symptoms under study, the IDC, BDI-II and PCL questionnaires (PCL-S for the sample of victims of terrorism and PCL-5 for the sample of mourners from the general population). For study 1, factorial analyzes were performed on the matrix of polychoric correlations between the IDC items. For studies 2 and 3, factorial analyzes were carried out on the Pearson correlation matrices between the items of the IDC, BDI-II and PCL.

RESULTS & CONCLUSIONS. The results of Study 1 indicate that the symptoms of complicated grief measured by the IDC present a unifactorial internal structure both in Spanish mourners of deceased from violent or traumatic causes and in Spanish mourners of non-traumatic deaths. This empirically supports the use of the total IDC score as a measure of complicated grief, but would not support the hypothesis of the existence of traumatic grief as a complicated grief that appears in the mourners of those who have died from traumatic causes and that it is different from the complicated grief that appears in the mourners of deceased by non-traumatic causes. They also suggest that the IDC total score shows adequate indices of internal consistency and nomological network validity with respect to post-traumatic stress and depression. These results, together with the results of our previous study (Soriano et al., 2022), suggest that the IDC can be applied with adequate psychometric guarantees in Spanish people with symptoms of complicated grief after the death of a loved one due to violent death and not violent.

The results of Studies 2 and 3 indicate that the relationships between the symptoms of complicated grief, depression and post-traumatic stress respond to a structure of three factors in which each group of symptoms defines a different factor, and this is the case both in Spanish mourners of deceased due to violent or traumatic causes as well as mourners of deceased due to non-violent or non-traumatic causes. These results make it possible to confirm the construct validity of complicated grief in mourners of both traumatic and non-traumatic deaths, but, on the other hand, they would not support the hypothesis of the existence of traumatic grief as a different complicated grief.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1

Conceptualización del terrorismo

CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL TERRORISMO

1.1. Definición de terrorismo

Según la Real Academia de la Lengua Española el término *terrorismo* incluye tres acepciones al respecto: 1) dominación por terror; 2) sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror, y 3) actuación criminal de bandas organizadas que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos (Real Academia Española, 2014).

El término terrorismo aparece en la historia durante la Revolución Francesa con ocasión del Comité de Salud Pública (Robespierre y Saint Just), del año 1791 a 1794, y fue utilizado por primera vez en trabajos científicos por Gunzburg en Bruselas, en el año 1930.

Como señaló Laqueur en 2003, uno de los principales referentes teóricos del término fue el filósofo británico Edmund Burke, quien usó por primera vez el término “terrorismo” para explicar el llamado Régimen del Terror Jacobino durante la Revolución Francesa: “El significado de la voz terrorismo quedó consignado en el suplemento de 1798 del Diccionario de la Academia Francesa como *systeme, régime de la terreu*. Según un diccionario francés publicado en 1796, los jacobinos habían utilizado ocasionalmente el término al hablar y al escribir sobre sí mismos y en un sentido positivo. El terrorismo de la época por lo tanto se refería al periodo de la Revolución Francesa, es decir, en términos generales, al periodo comprendido entre marzo de 1793 y julio 1794, y era más o menos sinónimo de “reino de terror”. Posteriormente adquirió un significado más amplio en los diccionarios, equivalente a sistema de terror. Un terrorista era alguien que trataba de promover sus puntos de vista por medio de un sistema de intimidación

coercitiva” (citado en Zuinaga, 2011).

La expresión no tardó mucho tiempo en pasar a Gran Bretaña. Burke en un célebre pasaje escrito en 1795, hablaba de “miles de esos malditos perros de presa llamados terroristas” que se hallaban dispersos en la masa del pueblo. Después de 1902, el término de “terrorista” se convirtió en un término que significaba abuso con implicaciones delictivas.

El problema del terrorismo supone un reto necesario de abordar por parte de toda la comunidad internacional. El problema reside en la falta de unanimidad en su definición, ya que hoy en día existen más de 100 (Krueger y Malecková, 2003). Los intentos para su esclarecimiento tienen su origen en la Conferencia de Varsovia de 1927. Posteriormente, el asesinato del Rey Alejandro I de Yugoslavia el 9 de octubre de 1934, supuso un punto de inflexión para que la Sociedad de Naciones (aún no existía la ONU) trabajara en el establecimiento de un convenio para la prevención y represión del terrorismo, el cual es aprobado en la Convención Ginebra el 16 de noviembre de 1937. En esta última se definió el terrorismo, aunque aquella definición no era muy explícita, pues el texto se refería sólo a “actos criminales” y no especificaba qué actos eran ilícitos en el contexto del terrorismo (Torres, 2010). Avanzando cronológicamente en la consecución de una posible definición, el Departamento de Estado de Estados Unidos, estableció la siguiente definición en el año 1983: *el término “terrorismo” significa violencia premeditada y políticamente motivada contra objetivos no combatientes por parte de grupos subnacionales o agentes clandestinos, generalmente destinado a influir en una audiencia. El término “terrorismo internacional” significa terrorismo que involucra a ciudadanos o el territorio de más de un país.* Desde el punto de vista académico, las definiciones se focalizan en el terror que ejercen los terroristas con sus actos, más que en las consecuencias inmediatas de los mismos (Krueger y Malecková, 2003). Pero el objetivo va más allá, ya que también provoca la certeza de la vulnerabilidad de cualquier parte del mundo (Rodríguez, 2012).

De igual relevancia y dentro de este contexto, se sitúa la *Resolución 1269* del 19 de

octubre de 1999 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que considera el terrorismo como: “cualquier otro acto destinado a causar la muerte o lesiones corporales graves a un civil o a cualquier otra persona que no participe directamente en las hostilidades en una situación de conflicto armado, cuando, el propósito de dicho acto, por su naturaleza o contexto, sea intimidar a una población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo”.

Continuando con las definiciones, Jean-Marie Balencie lo define como “Una secuencia de actos de violencia, debidamente planificada y altamente mediatizada, que toma deliberadamente como blanco a objetivos no militares a fin de crear un clima de miedo e inseguridad, impresionar a la población e influir en los políticos con la intención de modificar los procesos de decisión (ceder, negociar, pagar, reprimir) y satisfacer unos objetivos (políticos, económicos o criminales) previamente definidos” (citado en Khader, 2010: 306-307).

Como podemos observar, a pesar de la gran cantidad y variedad de definiciones, todas ellas comparten algunos términos clave. Por ello, Shmid, Jongman et al. en 1988 analizaron un total de 109 definiciones de terrorismo establecidas por diferentes expertos y encontraron 22 términos en común en todas ellas, siendo los más habituales: *violencia* en el 83,5%, el *carácter político* en un 65% y los conceptos de *miedo* y *terror* en un 51% de las definiciones analizadas.

Entrados ya en el siglo XXI, la resolución de 2005 de la Asamblea General de la ONU sobre protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la lucha contra el terrorismo, propone lo siguiente: “(reafirmar) que los actos, métodos y prácticas terroristas en todas sus formas y manifestaciones, son actividades orientadas a la destrucción de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la democracia, amenazan la integridad territorial y la seguridad de los Estados y desestabilizan a los

gobiernos legítimamente constituidos, y que la comunidad internacional debe tomar las medidas necesarias para intensificar su cooperación a fin de prevenir y combatir el terrorismo” (citado en Rodríguez, 2011). La Asamblea General aprobó la Estrategia Global de las Naciones Unidas contra el Terrorismo el 8 de septiembre de 2006. La Estrategia es un instrumento único para intensificar las iniciativas nacionales, regionales e internacionales de lucha contra el terrorismo. La Estrategia Global de las Naciones Unidas contra el Terrorismo en forma de resolución y el Plan de Acción se desarrolla en torno a cuatro pilares:

1. Hacer frente a las condiciones que propician la propagación del terrorismo;
2. Prevenir y combatir el terrorismo;
3. Desarrollar la capacidad de los Estados Miembros para prevenir y combatir el terrorismo y fortalecer el papel del sistema de las Naciones Unidas al respecto;
4. Garantizar el respeto universal de los derechos humanos y del estado de derecho como pilar fundamental de la lucha contra el terrorismo.

Sin embargo, nos dejamos un punto de vista importante desde el que la definición adquiere un matiz distinto: el psicológico. Desde esta vertiente, un atentado terrorista es además un suceso negativo que aparece de forma brusca, que se vive con un horror intenso, que supone una pérdida de seguridad para sus víctimas y que las transporta a una situación emocional que difícilmente puede gestionar con sus propios recursos. Por tanto, no es de extrañar que el impacto psicológico que provoca este tipo de delito violento no solo afecte a sus víctimas directas, sino también a sus víctimas indirectas, es decir, a personas que, sin haber sufrido directamente el atentado, sufren las consecuencias del mismo (familiares, amigos, sociedad, etc.) (Echeburúa, de Corral y Amor, 2002).

El profesor Alex P. Schmid, holandés, renombrado académico en estudios del

terrorismo y responsable del departamento para la prevención del terrorismo de Naciones Unidas en Viena, entre los años 1999-2005, el cual, además en 2006 fue nombrado director del Centro para el Estudio del Terrorismo y de la Violencia Política en la Universidad de St. Andrews, define el terrorismo junto a Albert Jongman en su libro *Violencia Política* como: “un método de reiterada acción violenta inspirado en la angustia, utilizado por personas, grupos o Estados de forma (semi) clandestina, por razones idiosincrásicas, criminales o políticas, por medio de los cuales –a diferencia del asesinato– el objetivo inmediato de la violencia no es el objetivo final. Las víctimas humanas de la violencia son elegidas entre la población al azar (blancos de oportunidad) o de forma selectiva (blancos simbólicos o representativos) y se utilizan como generadores del mensaje terrorista. El proceso comunicativo entre el terrorista (u organización terrorista), víctimas (o amenazados) y objetivos principales, basados en la violencia o amenaza de violencia, es utilizado para manipular a esos objetivos principales (audiencia) y convertirlos en blancos del terror, de las exigencias terroristas o de atención, dependiendo de si se busca la intimidación, la coacción o la propaganda” (Zuinaga, 2011). Como podemos apreciar, el establecimiento de una definición de terrorismo ha sido un asunto preocupante desde sus inicios. En la tabla 1.1 se presentan algunas definiciones recogidas en el artículo de Soraya Zuinaga en el que muestra la especial relevancia de esta cuestión.

Tabla 1.1. Principales definiciones de terrorismo (Zuinaga, 2011)

AUTOR	DEFINICIÓN	PALABRAS CLAVE
Rafael Calduch Cervera	Una estrategia de relación política basada en el uso de la violencia y de las amenazas de violencia por un grupo organizado, con objeto de inducir un sentimiento de terror o inseguridad extrema en una colectividad humana no beligerante y facilitar así el logro de sus demandas	Estrategia, violencia, amenazas, sentimiento de terror, inseguridad, colectividad humana, demandas
Walter Laqueur	Es el asesinato sistemático, la mutilación criminal y amenaza del inocente para crear miedo e intimidación para ganar un acto político o táctico y para ser ventajoso, normalmente para influir a un público	Asesinato sistemático, amenaza, miedo, intimidación
James M. Poland	El terrorismo es el uso ilegal o amenaza de violencia contra personas o propiedad. Normalmente se piensa que intimida o coerce a un gobierno, individuo o grupo, o para modificar su conducta o política	Uso ilegal, amenaza, violencia
Brian Jenkins	Es el uso calculado de la violencia o de la amenaza de la violencia de inculcar miedo; se prepuso forzar o intimidar a gobiernos o a sociedades en la búsqueda de las metas que son generalmente políticas, religiosas, o ideológicas	Violencia, amenaza, miedo, forzar, intimidar

AUTOR	DEFINICIÓN	PALABRAS CLAVE
Paul Wilkinson	El uso sistemático del asesinato y la destrucción, o la amenaza de los mismos, para crear un clima de zozobra, para publicar una causa, o para intimidar un amplio sector de la población considerada como objetivo	Asesinato, destrucción, amenaza, zozobra, intimidar
Fernando Reinares	Es una violencia sistemática e imprevisible, practicada por actores individuales o colectivos y dirigida contra objetivos vulnerables que tienen alguna relevancia simbólica en sus correspondientes entornos culturales o marcos institucionales	Violencia sistemática, imprevisible, objetivos vulnerables.
Soraya Zuinaga	Ataques selectivos o indiscriminados mediante el uso de la violencia a través del factor sorpresa para demostrar poder, con el fin de producir efectos psicológicos devastadores sobre un grupo social determinado	Ataques selectivos o indiscriminados, violencia, sorpresa, poder, efectos psicológicos
Grant Wardlaw	Es el uso, o la amenaza de uso, de la violencia por parte de un individuo o grupo, tanto si actúa a favor o contra la autoridad establecida, cuando esa acción pretende crear una angustia extrema o efectos inductores de miedo sobre un grupo seleccionado y mayor que el de las víctimas inmediatas, con el propósito de obligarlo a que acceda a las demandas de los perpetradores.	Amenaza, violencia, angustia extrema, miedo

En este proceso de elaboración de una definición de terrorismo, es importante

tener en cuenta la evolución que el término sufrió, así como sus fines, métodos de actuación y tipos, después de los atentados del 11 de septiembre en Nueva York y Washington DC, materia de riguroso estudio, pues desde entonces el mundo enfrenta una amenaza terrorista que no tiene un objetivo específico, sino muchos y en todas partes del mundo.

Otra acepción importante es la que aporta el National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) de la Universidad de Maryland (Estados Unidos de América). Afirma que el término terrorismo cumple al menos dos de los tres criterios siguientes: (1) se dirige a conseguir un objetivo político, económico, religioso o social; (2) incluye indicios de una intención de coaccionar, intimidar o enviar algún otro mensaje a una audiencia (o audiencias) más amplias que las víctimas inmediatas, y (3) está fuera de los preceptos del derecho humanitario internacional en la medida que se dirige a personas no combatientes (START, 2015, p. 2).

1.2. El terrorismo en España

Lamentablemente, España no es ajena al problema del terrorismo. Desde los años 60 del siglo XX, 1.108 personas han fallecido a manos de diversas organizaciones terroristas de ámbito nacional (Dirección de Atención a las Víctimas del Terrorismo del Gobierno Vasco, 2010), especialmente de ETA (857 fallecidos; Alonso, Domínguez y García Rey, 2010), a las que habría que sumar las víctimas de organizaciones terroristas de ámbito internacional, incluyendo las 191 víctimas mortales de los atentados yihadistas del 11-M. Aunque desde 2009 no había fallecido en España ninguna persona por atentado terrorista, dos atentados yihadistas ocurridos el 17 de agosto de 2017 en las ciudades de Barcelona y Cambrils y que causaron 16 fallecidos y más de 130 heridos incrementaron

trágica y muy recientemente las cifras de víctimas del terrorismo en nuestro país. Así, a fecha 15 de septiembre de 2017, había oficialmente en España 1.431 fallecidos reconocidos como víctimas del terrorismo (Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, 2017). En esa fecha, el número de personas heridas reconocidas oficialmente como víctimas del terrorismo era de 4.819, la mayoría de las cuales habían sido heridas en atentados de ETA (hasta 2002, se estimaban en 2.367 los heridos por ETA; Buesa, 2006) o en los atentados del 11-M (1.841 personas; Sentencia no 65/2007 de la Audiencia Nacional de España). Estas cifras, unidas a las de los familiares directos (padres, hijos y cónyuges) de los fallecidos, personas secuestradas, personas amenazadas y personas que sufrieron daños materiales, pero que no fueron heridas, permiten estimar que en España el número total de víctimas directas e indirectas del terrorismo podría alcanzar al menos las 14.888 personas (Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, 2017).

ETA era, junto con el IRA, uno de los grupos europeos más activos y con una trayectoria más larga (Alonso et al., 2010; Benegas, 2004). Esta banda terrorista se manifestó como la representación de un nacionalismo duro, radical e intransigente que se marcó como meta la independencia de Euskal Herria (Benegas, 2004). Ciertamente la historia de España ha estado marcada también por atentados cometidos por otros grupos terroristas cuyos objetivos tenían un carácter más indiscriminado, mientras que el objetivo de ETA no lo era. Tal y como expresa José María Calleja en su libro “Algo habrá hecho: odio, miedo y muerte en Euskadi”, la mayoría de los atentados de ETA tenían un destinatario concreto: militares, policías, guardia civil, militantes de la UCD, del PP o del PSOE, jueces o periodistas beligerantes, personas que se relacionan o muestran su apoyo en público a estos colectivos, etc. (Calleja, 2006). Es más, la mayoría de las personas asesinadas por ETA pertenecían a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (496

fallecidos de un total de 857, es decir, un 57,9%; Alonso et al., 2010). Por tanto, es posible que tanto ellos como sus familias hubiesen experimentado amenazas previas, sentimientos de culpa por no haber cambiado el destino de trabajo, sentimientos de indefensión, miedo y persecución relacionados con los atentados sufridos previamente por otros compañeros, e incluso un menor apoyo social, ya que el que las víctimas del terrorismo recibían era especialmente limitado hasta hace unos años. De hecho, los atentados más individualizados ocurridos durante los años de la transición y consolidación democrática (1978-1995) no tenían apenas reconocimiento social, todo lo contrario, eran los terroristas eran apoyados explícitamente por un sector importante de la sociedad vasca (Calleja, 2006; López Romo, 2015). Entre los sentimientos negativos experimentados por las víctimas directas e indirectas cuando la banda terrorista ETA estaba en activo, en particular de las víctimas que vivían en el País Vasco, comunidad autónoma española en la que se concentró el mayor número de atentados terroristas y víctimas mortales (576 fallecidos de un total de 857, es decir, un 67,2%; Alonso et al., 2010), se encuentran los relacionados con el fenómeno del silencio del resto de la sociedad que no apoyaba directamente al terrorismo.

Este fenómeno queda perfectamente explicado por Noëlle-Neumann: “Correr en pelotón constituye un estado de relativa felicidad; pero si no es posible, porque no se quiere compartir públicamente una convicción aceptada aparentemente de modo universal, al menos se puede permanecer en silencio como segunda mejor opción, para seguir siendo tolerado por los demás” (Noëlle-Neumann, 1995, citado por Calleja, 2006, pp. 23-24). En este caso, ETA es ese pelotón con la consiguiente presión y miedo que esta situación generaría en los ciudadanos. A los sentimientos negativos que seguramente producía en las víctimas el silencio de una buena parte de la sociedad vasca, debemos añadirle otro de inseguridad relacionado con los chivatos de ETA, esto es, las personas

encargadas de controlar al mayor número posible de los habitantes del País Vasco que se atrevían a hablar o a discrepar en público sobre las opiniones del grupo terrorista. Este aspecto se relaciona con el pelotón nombrado anteriormente: el miedo moviliza a las personas a formar parte de ese rebaño, porque estar fuera de él puede significar perder la vida o quedarse solo (Calleja, 2006). Diversos estudios han documentado la magnitud de las amenazas, el silencio, las coacciones, la intimidación, la persecución y, en definitiva, el acoso físico y psicológico, que sufrían las víctimas directas e indirectas del terrorismo de ETA en el País Vasco. Por ejemplo, según el reciente estudio de López Romo (2015), durante los años 1991-2013 se produjeron en el País Vasco 5.113 ataques de kale borroka (violencia callejera) a empresas, y entre 1995 y 2000, hubo una media de 804 ataques terroristas cada año, entre atentados de ETA y acciones de violencia callejera. Es más, según ese mismo estudio, en 2002 había 963 personas (p. ej., políticos, jueces, fiscales, periodistas, profesores de universidad, etc.) escoltadas por amenaza de ETA contra sus vidas (eso sin contar policías y guardias civiles, todos ellos objetivos de ETA). Otro estudio realizado con una muestra de 90 víctimas y amenazados de ETA en el País Vasco (Martín-Peña, 2013) reveló que un 35,6% de los participantes referían haber padecido alguna forma de violencia física y prácticamente todos habían experimentado actos de acoso psicológico, siendo las más frecuentes la estigmatización, es decir, el señalamiento público a la persona mediante distintas acciones que lo etiquetan como enemigo (90%), el desprecio, humillación o rechazo a través de insultos y otras descalificaciones (78,9%) y la amenaza a ellos mismos o a su entorno (74,4%), aunque también una mayoría de esas víctimas y amenazados de ETA habían sufrido actos de aislamiento que promovían su ostracismo en el medio social (68,9%) y actos de control-vigilancia que implicaban que ciertas personas buscaban u obtenían información sobre las actividades de los participantes que era susceptible de ser utilizada para posteriores acciones de violencia

(67,8%). De hecho, un 41,1% de los participantes en el estudio de Martín-Peña (2013) llevaban más de diez años bajo una situación de amenaza y un 68,9% habían necesitado el uso de escolta.

Para seguir profundizando en los sentimientos que podían experimentar las víctimas del terrorismo en el País Vasco, sobre todo en las décadas de los setenta, ochenta y noventa del siglo XX, es importante centrarse en el apoyo social, no solo el que recibían las víctimas (escaso por otra parte), sino el que recibía la banda terrorista. Cuando ETA ejecutaba a una de sus víctimas, se extendía rápidamente la frase “algo habrá hecho” (Calleja, 2006). De esta manera la sociedad ponía la responsabilidad de la muerte en la propia víctima, eximiendo de cualquier responsabilidad a los verdaderos ejecutores; le atribuían a esa ejecución un carácter de justicia. De esta forma se ponían a salvo de la maquinaria terrorista, pero es fácil imaginar lo desolados y desamparados que podían encontrarse los familiares y allegados de las víctimas cuando no solo tenían que soportar el dolor de su pérdida, sino también la idea de que la víctima era merecedora del acto criminal. Esta minimización del sufrimiento de las víctimas y de su situación por parte de una mayoría de la sociedad vasca podría resultar incluso en una victimización secundaria (Morales y Bustillos, 2008). Por otro lado, una parte importante de la sociedad vasca apoyaba de manera abierta a los terroristas. Así, por ejemplo, un estudio publicado muy recientemente sobre la consideración social de las víctimas del terrorismo en el País Vasco durante los años 1968-2010 revelaba que el 76% de los asesinatos realizados por la banda terrorista ETA durante los años de la transición (1978-1981) y el 82% durante los años de la consolidación democrática (1982-1995) no generaron movilización social alguna de apoyo a las víctimas, mientras que, por el contrario, el 100% de los asesinatos de miembros de la banda terrorista ETA sí fueron respondidos con manifestaciones o huelgas de apoyo a los terroristas asesinados (López Romo, 2015).

El apoyo social recibido hacia las víctimas, no llega hasta los años noventa del siglo XX cuando sus nombres empiezan a ser conocidos, mientras que hasta entonces solo los familiares se acordaban de ellas (Calleja, 2006). En concreto, con el Pacto de Ajuria Enea de 1988 y la irrupción de Gesto por la Paz dos años antes, se inició una respuesta social sistemática de la sociedad vasca en contra de cada atentado de los terroristas y a favor de sus víctimas, respuesta que llegó a ser multitudinaria tras el asesinato de Miguel Ángel Blanco, el concejal del PP en Ermua (Vizcaya) en 1997. Es más, diversos estudios han documentado que la mayoría de las víctimas directas e indirectas del terrorismo en el País Vasco perciben un escaso apoyo social a su situación, especialmente de la sociedad vasca en general o de colectivos tan importantes como la Iglesia vasca, pero también de los medios de comunicación, de la policía vasca (Ertzaintza) o de los vecinos (Larizgoitia et al., 2011; Martín-Peña, 2013). De todo ello podemos concluir que, tal y como la literatura científica ha demostrado, el apoyo social es un factor de protección en el desencadenamiento de sintomatología de estrés postraumático, por lo que cabría pensar que los familiares de esas primeras víctimas sin apoyo social reconocido pudieran haber desarrollado una mayor afectación emocional.

Siguiendo con la evolución del terrorismo en España, es importante destacar la transición que han sufrido las diferentes leyes que amparan a las víctimas. En 1987 y 1992 aparecen las pensiones extraordinarias por terrorismo para el régimen de clases pasivas, y en 1990, 1992 y 1994 para el régimen de seguridad social. Posteriormente, en 1996 y 1999 se promulgan dos leyes que configuran las compensaciones a las víctimas:

- La Ley 13/1996 del 30 de diciembre de Medidas Fiscales y el Orden Social recoge el régimen ordinario de indemnizaciones. Esta ley sistematiza y actualiza para el futuro una primera indemnización vinculada a dicho régimen ordinario.

- Ley 32/1999 del 8 de octubre de Solidaridad con las víctimas del terrorismo, se centra en el régimen extraordinario y el reconocimiento. Esta ley asegura una nueva indemnización vinculada a la responsabilidad civil por el delito fijada en una sentencia penal, asegurando en cualquier caso que las víctimas del terrorismo percibirán las indemnizaciones correspondientes.

La cumbre de todo este proceso llega con la aprobación de la Ley 29/2011 del 23 de septiembre denominada Ley de Reconocimiento y Apoyo Integral a las Víctimas del Terrorismo. Esta ley no solo incrementa las indemnizaciones, sino que estas además tienen carácter retroactivo. Además, se consagra el valor moral de la memoria de las víctimas, se consolida su estatus en el proceso penal y asegura una atención integral a los afectados.

Rodríguez Uribes, siendo director general de la Dirección General de Apoyo a Víctimas del Terrorismo del Ministerio del Interior, estableció 4 etapas evolutivas del terrorismo en nuestro país que se describen a continuación (Rodríguez, 2011):

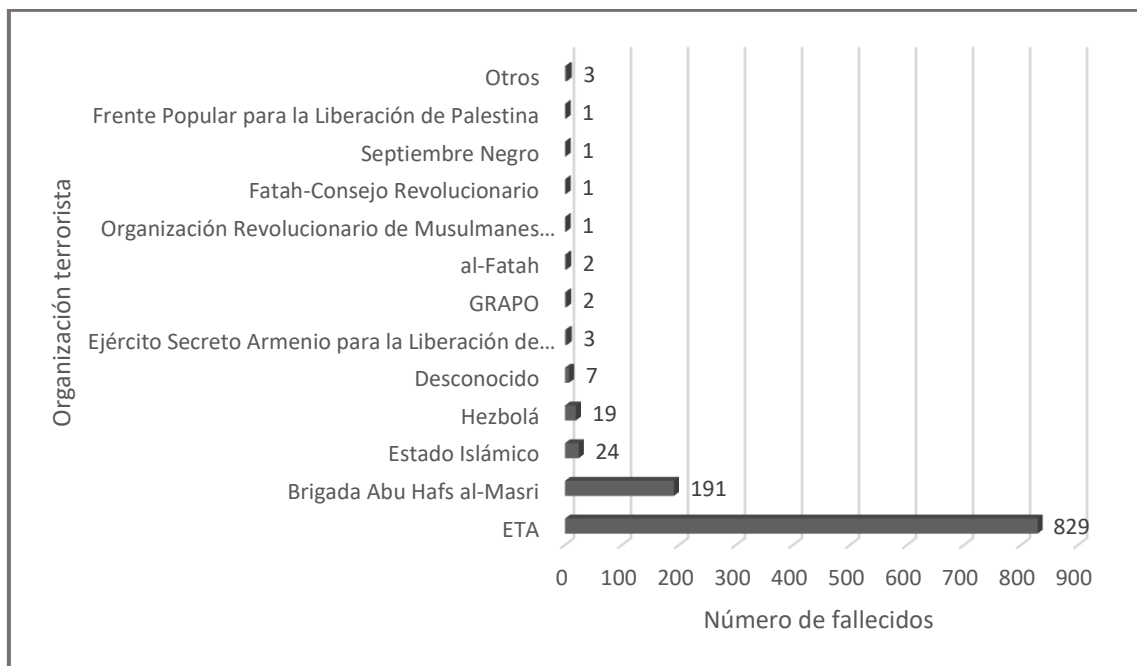
1. Años de plomo: etapa correspondiente a la década de los años 70 del siglo pasado donde el terrorismo causaba numerosas muertes cada día. Respecto a las víctimas, apenas recibían atención e incluso desarrollaban en muchos casos una victimización secundaria.
2. Mediados de la década de los 80 del siglo XX. En este periodo aumenta la sensibilidad hacia las víctimas puesto que, a raíz de los atentados indiscriminados de la banda terrorista ETA, la población percibe que cualquiera puede ser objeto de un atentado.
3. Finales de los años 80 y principios de los 90 del siglo XX. Durante estos años, la solidaridad para con las víctimas aumenta y va acompañada de una respuesta por

parte del Estado. El resultado es la aprobación de la ley de solidaridad de 1999 por unanimidad en el Congreso y en el Senado.

4. Primera década del siglo XXI. Corresponde al tiempo de los derechos de las víctimas. Se crea la Fundación Víctimas del Terrorismo, la oficina de víctimas del Gobierno Vasco, la primera Dirección General en el Ministerio del Interior y numerosas asociaciones y colectivos con una presencia pública potente. Es importante destacar que tanto el apoyo y la solidaridad como la concienciación aumentan a raíz de los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid.

A pesar de que la mayor parte de víctimas del terrorismo en nuestro país sea a causa de la banda terrorista ETA, si nos fijamos en la figura 1, encontramos la participación y el daño de otras bandas terroristas, principalmente relacionadas con el terrorismo de corte yihadista.

Figura 1.1. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España entre 1968 y 2017 (adaptado de Statista, 2022)



A principios del siglo XXI la mayor amenaza terrorista para Europa tenía como protagonistas a movimientos nacionalistas como ETA o IRA (Ejército Republicano Irlandés). De hecho, pese al atentado de corte yihadista del 11 de septiembre de 2001 contra las Torres Gemelas en Estados Unidos (conocidos como los atentados del 11S), Europa no se sintió realmente amenazada hasta el terrible atentado del 11 de marzo de 2004 (Mújica, 2017).

Este grupo terrorista, tal y como lo conocemos ahora, ha sufrido diversos cambios en su nomenclatura y forma de actuación. Antes de la aparición del Estado Islámico, Al-Qaeda se consideraba una de las organizaciones más peligrosas del mundo. Su éxito reside en su ex líder Osama Bin Laden. Se trata de una organización yihadista de dimensión internacional que emplea la violencia para lograr sus fines (Avilés, 2017). Después de los atentados del 11S en Estados Unidos, él era la persona más buscada del mundo. El gran objetivo, declarado en varias ocasiones por Al-Qaeda, era la recuperación del Estado Islámico clásico, aquel de los sucesores del profeta Mahoma, y la aplicación de la *sharia* (conjunto de normas que rigen la vida y los comportamientos de los musulmanes) desde una óptica doctrinal inspirada en una interpretación conservadora, literal y rigorista del Corán y de la Sunna.

En este sentido, la estructura de Al-Qaeda difiere completamente de resto de las otras organizaciones similares. Su estructura está fundada sobre una coalición informal compuesta por células terroristas e individuos, basada en pactos, relaciones personales y familiares. Esta forma de operar, que se comunica a través de redes clandestinas e internet, dificulta su detención (Arquilla y Ronfeldt, 2001).

Posteriormente, el término evolucionó a “Estado Islámico de Irak y el Levante” (EIIL o ISIS en inglés), sin embargo, con la conquista de parte de Irak y Siria a lo largo del 2013 y 2014, el grupo pasó a llamarse “Estado Islámico” (EI), considerándose el

islamismo una distorsión deliberada, fanática y violenta del islam, y por ello una de las formas más virulentas del totalitarismo (Recio Adrados y Jiménez Núñez, 2000).

El primer atentado yihadista en España tuvo lugar el 12 de abril de 1985 en el Restaurante *El Descanso*, cerca de la base aérea de Torrejón de Ardoz y altamente frecuentado por personal militar norteamericano. El atentado que causó la muerte de 18 personas y alrededor de un centenar de heridos, fue reivindicado por la Jihad islámica. Sin embargo, su autoría está aún por esclarecer y forma parte de uno de los casos de terrorismo aún sin resolver.

A pesar de la gravedad del suceso, todavía no se percibió la amenaza que representaba esta nueva forma de terrorismo, totalmente diferente al modo de proceder de otras bandas terroristas que actuaban en España como ETA o GRAPO (Jiménez, 2005).

El peligro real, lo percibimos a raíz de los atentados en los trenes de cercanías en Madrid el 11 de marzo de 2004. Precisamente este último atentado fue ideado en diciembre de 2001 como venganza por el mayor golpe policial en Europa occidental a Al Qaeda tras el 11-S y aprobado en 2003 por los líderes de esta organización yihadista como venganza por la presencia militar española en Irak (Reinares, 2021). Estos atentados ponen de manifiesto una nueva forma de terrorismo, una dimensión no conocida hasta el momento. Se trata de una nueva forma organizativa basada en redes, mucho más complicadas de detectar debido a que se basa en relaciones débiles entre los miembros, por ello es más fácil su reconstrucción (Rodríguez, 2006).

El 11 de marzo de 2004, a las 7:37 horas, estallaba la primera de las nueve bombas que en un intervalo de dos minutos acabarían con la vida de 191 personas y dejarían alrededor de 1.824 heridos. Varias mochilas bomba fueron explosionadas en cuatro trenes de la red de Cercanías.

El número de víctimas mortales asciende a 193 si tenemos en cuenta el bebé que esperaba una mujer herida en el atentado que acabó perdiendo la vida dos meses después debido a las heridas sufridas por la madre, y el GEO que falleció el 3 de abril al suicidarse algunos de los terroristas que habían participado en los atentados cuando iban a ser detenidos en un piso de Leganés.

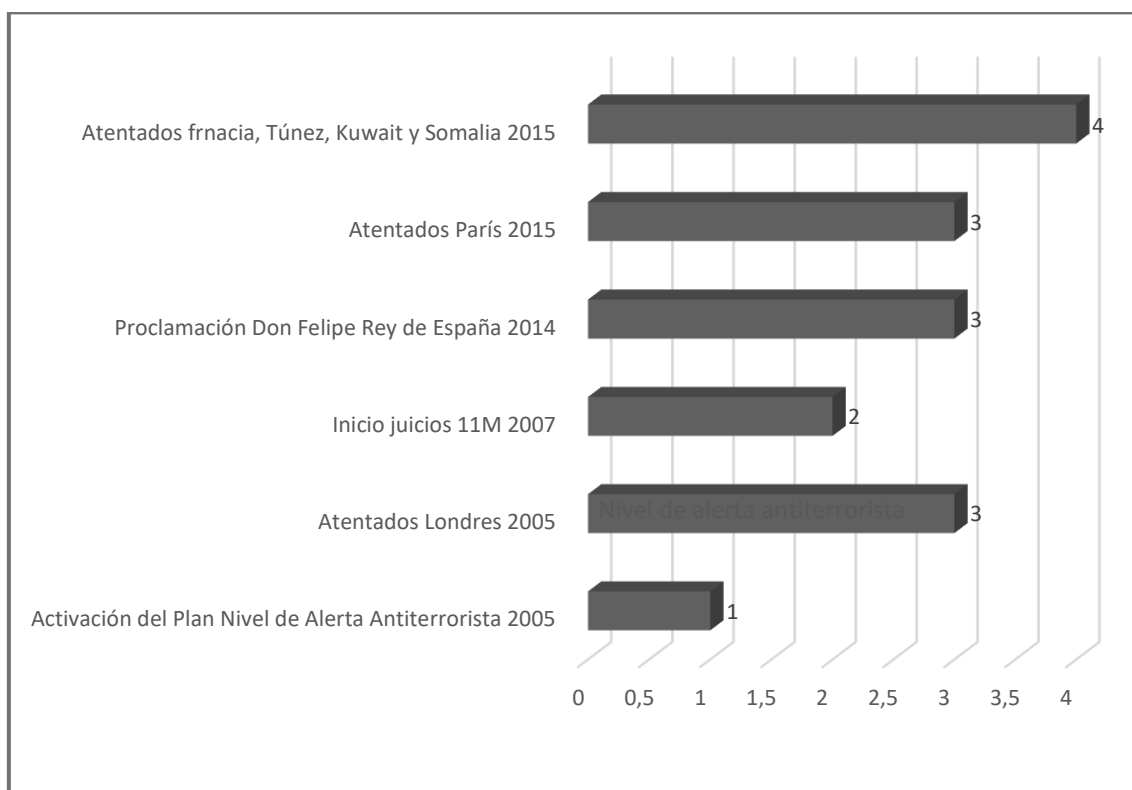
A raíz de este suceso, considerado el mayor atentado de la historia de España, podemos distinguir dos etapas: la primera, de 2004 a 2014, marcada por el terror y el dolor que instauraba el grupo terrorista Al-Qaeda liderado por Osama Bin Laden. Y, la segunda, cuando a partir de 2014, Al-Qaeda empieza a perder fuerza ante la aparición de una nueva organización terrorista, el DAESH. (Mújica, 2017).

Tras varios atentados en territorio europeo que denotan la expansión de esta nueva forma de terrorismo y que comentaremos en el próximo apartado, en agosto de 2017, el DAESH vuelve a atacar en Barcelona y Cambrils. Alrededor de las 17:00h del 17 de agosto, una furgoneta blanca irrumpió a gran velocidad en la zona peatonal de las Ramblas de Barcelona. Recorrió de forma zigzagueante un tramo de 700 metros aproximadamente, finalizando su recorrido en el mercado de La Boquería. En su camino, arrolló a un gran número de viandantes, provocando la muerte de 14 personas y más de 130 heridos de diferentes nacionalidades. Pocas horas después, en la madrugada del 18 de agosto, cinco terroristas conducían un vehículo por el paseo marítimo de la localidad de Cambrils, encontrándose un control policial. Tras una conducción nuevamente zigzagueante con el objetivo de atropellar al mayor número de peatones, estrellan el coche contra un vehículo policial. Los atacantes salen armados y atacan a diferentes viandantes, provocando la muerte de una persona y otras 6 resultaron heridas (Briz, 2018).

En total, desde los atentados del 11M, 916 terroristas yihadistas han sido detenidos en nuestro país. A estos datos hay que sumarle los 119 detenidos fuera de nuestras

fronteras (Ministerio del Interior, 2022a). De hecho, desde el 2004, la alerta terrorista en nuestro país ha ido pasando por diferentes niveles, adaptándose también a la perpetración de diferentes atentados en otros países europeos y/o actos multitudinarios objeto de actuación por esta nueva forma de terrorismo. En 2015, se rediseña y simplifica la estructura de niveles de alerta antiterrorista empleados anteriormente, pasando de una compleja estructura en cuatro niveles con dos intensidades (alta y baja) a una nueva clasificación en cinco niveles. En la figura 2, podemos ver que en julio de 2005, el nivel de alerta aumentó al nivel 3 como consecuencia de los Atentados en Londres. Posteriormente vuelve a bajar a 1, estabilizándose hasta el inicio de los juicios del 11 de marzo en el año 2007, donde sube al nivel 2. Tras una nueva bajada, en fiestas navideñas y con la presencia española en la Unión Europea, vuelve a subir a nivel 2. Se mantiene en ese nivel hasta el año 2014, que asciende al 3 por los actos de proclamación de Don Felipe como Rey de España. Disminuye al nivel 2 tras la proclamación, pero por poco tiempo, pues a principios de 2015 el informe de valoración de la amenaza sugiere un incremento del nivel de amenaza a causa de los atentados en París. A mediados de 2015, este mismo informe aconseja elevar el nivel a 4 por la incidencia continua (Francia, Túnez, Kuwait y Somalia). Los cambios en el nivel de alerta son efectuados por el Ministro del Interior, a través de la información facilitada por la Secretaría de Estado de Seguridad.

Figura 1.2. Cronología del nivel de alerta antiterrorista en España (adaptado de Ministerio del Interior, 2022b)



1.3. El terrorismo global

Hoy en día, el terrorismo global está materializado en la figura de Al Qaeda. El uso del miedo como factor desestabilizador en las sociedades y su materialización a través de los actos terroristas, es lo que buscó Al Qaeda el 11 de septiembre, y es lo que persiguen actualmente sus franquicias (Rodríguez, 2012). Para conocer la gravedad de la situación, especialmente a raíz de esa fecha y cómo se mantiene hasta nuestros días, es importante saber que en la década anterior a los ataques del 11S, la frecuencia y letalidad de la violencia terrorista cada año era menos de un tercio de lo que ocurrió en 2021.

Centrándonos por lo tanto en la actualidad, los talibanes fueron superados por el

Estado Islámico como el grupo terrorista más mortífero del mundo en 2021, a pesar de que las muertes atribuidas al grupo y sus afiliados disminuyeron levemente de 2.100 a 2.066 muertes. El ataque más mortífero de 2021 ocurrió cuando un terrorista suicida del Estado Islámico detonó dos bombas suicidas en el Aeropuerto Internacional de Kabul, lo que provocó 170 muertos y más de 200 heridos. Es también considerado el ataque más mortífero en Afganistán desde 2007 (START, 2022).

A medida que disminuía el conflicto en Siria, el Estado Islámico y sus afiliados cambiaron su enfoque hacia la zona de África Subsahariana y la región de Sahel en particular. La actividad terrorista se ha concentrado por tanto en la zona de África del Sur y Subsahariana, y ambas regiones registraron más muertes por terrorismo que MENA (Medio Oriente y el norte de África) durante los últimos tres años. Tanto es así, que las muertes en la región del Sahel representan el 35% de las muertes por terrorismo global en 2021, en comparación con solo el 1% en 2007 (START, 2022). Hablando de cifras, las muertes por terrorismo cayeron a 7.142 muertos en el año 2021, lo que representa una disminución del 1,1% con respecto al año anterior. Sin embargo, los ataques aumentaron en un 17% (5.226 en 2021), en gran parte debido a la violencia en la región del Sahel y a la inestabilidad en países como Afganistán. De hecho, Afganistán sigue siendo el país con mayor impacto del terrorismo por tercer año, seguido de Irak y Somalia, pues las muertes aumentaron un 14% (1.426 fallecidos) (START, 2022).

Sin embargo, desde comienzos del siglo XXI, el terrorismo islámico está también golpeando duramente a los países occidentales como demuestran, por ejemplo, los recientes atentados yihadistas ocurridos en 2017 en diferentes ciudades europeas: Estambul el 1 de enero, en Manchester el 22 de mayo, Estocolmo el 7 de abril, en París el 20 de abril, en Londres el 3 de junio o en Barcelona el 17 de agosto.

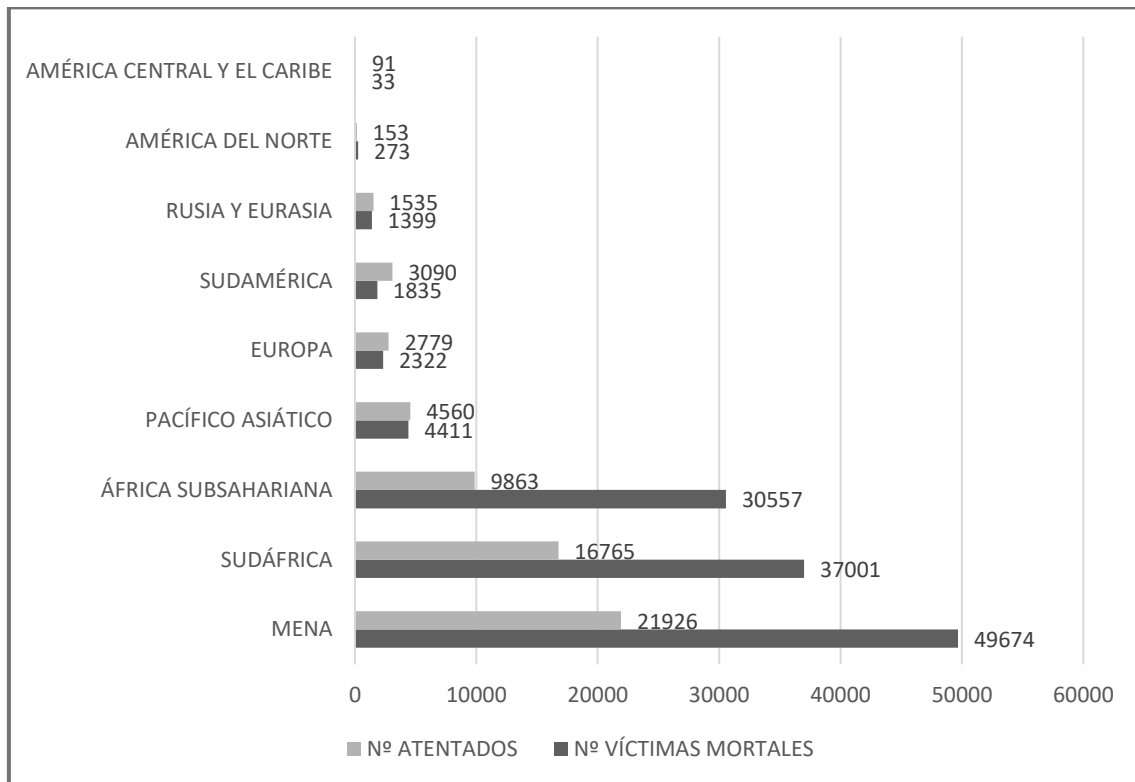
Los ataques terroristas en Occidente han disminuido todos los años desde 2018

llegándose a reducir en un 68% (en 2021 “solo” hubo 59 ataques). El terrorismo político ahora ha superado al terrorismo religioso en Occidente, y los ataques por motivos religiosos se redujeron en un 82% en 2021. Hubo 490 ataques por motivos políticos, en comparación con solo tres ataques por motivos religiosos. De hecho, ocho países en Occidente experimentaron al menos un ejemplo de terrorismo político en 2021, con Alemania registrando 19 ataques, el más alto de cualquier país occidental, seguido por Italia que registró seis ataques (START, 2022).

Según la START (2022), el terrorismo parece seguir concentrándose en áreas de conflicto, pues registran un porcentaje mayor de ataques. En 2020, el 97,6% de las muertes por terrorismo ocurrieron en países afectados por conflictos. A medida que aumenta la intensidad del conflicto, también lo hace la letalidad de las acciones terroristas. Los ataques terroristas en países en conflicto son más de seis veces más mortíferos que los ataques en países pacíficos. Si bien se puede inferir la motivación, la mayoría de los ataques impulsados por una ideología de izquierda o de derecha son perpetrados por individuos o grupos sin afiliación formal a una organización reconocida. En promedio, los grupos terroristas que se clasifican como grupos insurgentes permanecen activos durante 11,8 años; aunque la mitad de los grupos terroristas dejan de existir en tres años. Un ejemplo de ello es que de los 84 grupos terroristas activos estudiados en 2015, solo 32 estaban activos en 2021. Sin embargo y en contraposición, los datos indican que una vez que una organización terrorista ha operado durante 12 años o más, es difícil erradicarla.

Figura 1.3. Ataques y número de víctimas mortales por terrorismo desde 2007 a 2021

(adaptado de START 2022)



En definitiva, el terrorismo internacional es considerado una de las principales formas de violencia de nuestro tiempo; no solo por darse de forma indiscriminada sino también por su carácter imprevisible. Todo ello daña el valor primario de toda sociedad: la seguridad (Rodríguez, 2011). Actualmente el mundo vive un período en el que miles de atentados terroristas cada año están dañando a diferentes niveles a un número cada vez más alto de sociedades (Institute for Economics and Peace, 2015). Atentados como los mencionados al principio de este apartado en diferentes ciudades del mundo demuestran el peligro universal al que estamos expuestos en nuestros días. Los medios para atentar también son diversos por lo que su prevención o alerta se hace cada vez más complicada. Esto provoca incertidumbre y como consecuencia un mayor terror. Es el terrorismo yihadista o islamista de la mano de Al Qaeda el que refleja precisamente ese carácter de

amenaza global y universalidad. Además, este terrorismo se dirige indiscriminadamente y afecta principalmente a civiles. Hemos pasado de un terrorismo selectivo y específico a otro dirigido a atacar (sin distinción) a la civilización Occidental.

1.4. El terrorismo en la actualidad

El año 2021 marca el séptimo año consecutivo de disminución del número de ataques terroristas y muertes en todo el mundo. Sin embargo, la violencia terrorista, aunque en disminución, sigue siendo extraordinariamente alta en comparación con las tendencias históricas. En total, se han registrado 5.226 ataques terroristas y 7.142 fallecidos por esta causa (START, 2022).

Siete de los diez países más afectados por el terrorismo se deterioraron en 2021. Las regiones de MENA (Medio Oriente y el norte de África), Europa, Rusia y Eurasia, América del Sur y África Subsahariana registraron caídas en las muertes por terrorismo de al menos el 10%. En contraposición, de los 10 países más afectados por terrorismo en 2021, tres estaban en la región del Sahel. Países como Niger, Mali y Burkina Faso registraron aumentos sustanciales en muertes por terrorismo de 81, 174 y 74 respectivamente (START, 2022).

Jamaat Nusrat Al-Islam wal Muslimeen (JNIM) es la organización de más rápido crecimiento y fue responsable de 351 muertes en 2021, lo que supone un aumento del 69%. Es importante destacar que, de los 5.226 ataques terroristas registrados en 2021, solo el 52% se atribuyen a un grupo establecido.

La pandemia ocasionada como consecuencia del virus SARS-CoV-2 (más conocido como COVID-19) ha afectado a las tácticas utilizadas por los grupos terroristas para difundir su ideología y sus procesos de radicalización y reclutamiento. En la

actualidad, los factores que se correlacionan con el terrorismo son claramente diferentes para los países de la OCDE y los países menos desarrollados, lo que destaca que se necesitan diferentes enfoques según el contexto situacional de un país en particular. Para los países de la OCDE, existen dos factores estadísticos asociados con el terrorismo: la equidad social y la aceptación de la violencia dentro de una sociedad. Teniendo mayores niveles de terror político, acceso a armas y militarización. Los factores que correlacionan más fuerte para el resto del mundo podrían clasificarse libremente como instituciones débiles y fraccionamiento social.

En líneas generales, las muertes por terrorismo han disminuido en más de un tercio desde el pico en 2015, con dos de las mayores disminuciones en Irak y Pakistán. Sin embargo, 44 países registraron al menos una muerte por terrorismo (datos con tendencia a la baja, pues la cifra se encuentra por debajo del pico de 55 países en 2015). De los 163 países incluidos en el análisis realizado por la START (2022), cerca de dos tercios, no registraron ataques ni muertes por terrorismo en 2020 y 2021, el número más alto registrado desde 2007.

En 2020, el número de ataques terroristas en la UE permaneció estable, pero los extremistas se aprovecharon de la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 para difundir su propaganda ideológica. En total, durante el año 2020 se registran un total de 57 ataques terroristas entre completados, fallidos y frustrados. A esos hay que sumarle los 62 incidentes terroristas registrados en Reino Unido y los dos *probables* atentados terroristas de corte yihadista en Suiza. Estas cifras son similares a las encontradas en el año anterior (129 atentados registrados en 2019). En relación con las víctimas, en 2020, 21 personas murieron a causa de los ataques terroristas en la UE, 3 en Reino Unido y 1 en Suiza (Europol, 2021). A pesar de encontrarnos aún cifras preocupantes, los datos nos muestran una importante tendencia a la baja, pues según el Informe sobre la situación y

las tendencias del terrorismo en la Unión Europea, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (Europol, 2022), en 2021 se produjeron en los Estados miembros de la UE quince incidentes terroristas en los que perdieron la vida dos personas, constituyendo una cifra muy inferior a la de los años anteriores.

Sin embargo, si tomamos como referencia los datos de la START, según su informe publicado en 2022 sobre los incidentes de 2021, durante este año se han registrado un total de 113 ataques terroristas en Europa. Respecto al número de víctimas mortales, Europa registró nueve muertes por terrorismo en 2021, de las cuales, 6 ocurrieron en Turquía. Este sigue siendo el país más afectado de Europa, aunque haya mejorado sustancialmente el número de ataques y muertes. Sin embargo, es Grecia el país que registra un mayor número de ataques, 50 en total, aunque no causaron víctimas mortales. La segunda posición le corresponde a Alemania, que registró el segundo mayor número de ataques terroristas en 2021 y ocupa el cuarto lugar en la escala de mayor impacto global del terrorismo en Europa.

Suponemos que la importante diferencia en las cifras, radica en la dificultad una vez más con el concepto y, por lo tanto, con la clasificación de qué es o no terrorismo. Además, de los 113 ataques en Europa en 2021 que registra la START, solo el 18% (20 ataques) fueron reivindicados por grupos terroristas conocidos. Posiblemente los actos cometidos por pequeños grupos o individuos que actúan de manera aislada, dificultan también el registro de estos datos.

Dejando de lado exclusivamente las cifras, los expertos nos indican que el terrorismo aún representa «un peligro real y presente» en la UE, especialmente el yihadista y de derechas, pero también el vinculado a los combatientes extranjeros atraídos por la guerra en Ucrania. La preocupación se centra especialmente en los actores solitarios, vinculados especialmente al terrorismo yihadista más violento, así como a las

consecuencias que la invasión rusa a Ucrania tendrá sobre la seguridad de la UE.

Capítulo 2

Consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas

CAPÍTULO 2: CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS

Los resultados de varias revisiones acerca de las consecuencias psicopatológicas que se derivan de diferentes desastres, han demostrado que el terrorismo puede estar asociado con un mayor riesgo de psicopatología que otros tipos de desastres (Norris et al., 2002). Sin embargo, aunque hace ya cierto tiempo que algunos investigadores habían abordado las repercusiones negativas de los atentados terroristas sobre la salud mental, es realmente desde hace aproximadamente 30 años cuando se han venido desarrollando programas de investigación sistemáticos sobre el daño psicológico del terrorismo (García-Vera y Sanz, 2010, 2016).

Por daño psicológico se hace referencia, “por un lado, a las lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana” (Echeburúa et al., 2002, p. 139).

La información más sólida sobre los daños psicológicos derivados de un atentado terrorista se ha obtenido principalmente a partir del estudio de ciertos atentados masivos que han provocado un número muy elevado de muertos y heridos, así como enormes estragos materiales. Algunos de estos atentados son, por ejemplo, el del 19 de abril de 1995 en Oklahoma, los del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D. C. (conocidos como los atentados del 11-S), los del 11 de marzo en Madrid (conocidos como los atentados del 11-M) y los del 7 de julio de 2005 en Londres. De hecho, los atentados del 11-S supusieron el comienzo de un aumento espectacular en el número de investigaciones y publicaciones a ese respecto (García-Vera y Sanz, 2016). Otro ejemplo

de la falta de investigación en el campo de las consecuencias psicopatológicas derivadas de un atentado terrorista, lo encontramos en que tradicionalmente el Derecho Penal ha prestado atención a las lesiones físicas de las víctimas, pero ha hecho caso omiso del daño psicológico. No es hasta la reforma del Código Penal de 1995 cuando se incluyó la violencia psíquica habitual como delito en el reformulado art. 153 (Muñoz y Navas, 2007).

2.1. Trastorno de estrés agudo y postraumático en víctimas del terrorismo

Aunque tras un acontecimiento traumático existe un amplio rango de posibles trastornos que se pueden desarrollar como consecuencia del mismo, diferentes estudios de revisión han demostrado que el trastorno de estrés postraumático (de ahora en adelante TEPT) ha sido el más analizado (Norris et al. 2002; Galea et al. 2005). Además, es considerado la psicopatología más probable tras este tipo de eventos (Breslau et al. 2002); es, en general, el trastorno predominante en dichas víctimas al igual que en otras víctimas de delitos violentos (Echeburúa et al., 2002). Este trastorno fue reconocido formalmente en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría y fue descrito en el DSM-III. Posteriormente, el DSM-IV (APA, 1994) y su revisión o DSM-IV-TR (APA, 2000) señalan que para que una persona pueda recibir este diagnóstico, tiene que seguir los siguientes criterios: aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro para su vida, para la vida de los demás, o bien conoce a través de otra persona acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores. Adicionalmente, deben aparecer otros síntomas secundarios como la

reexperimentación, la evitación de estímulos asociados al hecho traumático y el embotamiento de la capacidad de respuesta, así como síntomas de activación. Todo este cuadro debe estar presente después de las 4 semanas siguientes al evento traumático y provocar un malestar clínicamente significativo en la persona (APA, 1994, 2000).

Las reacciones psicológicas a un acontecimiento traumático varían en función de la mayor o menor proximidad temporal al suceso. Por ello, en el DSM-IV-TR se categorizó, por un lado, el trastorno por estrés agudo, cuando la sintomatología clínica emerge en las cuatro primeras semanas tras el acontecimiento; y, por otro, el trastorno por estrés postraumático, que se diagnostica sólo cuando ha transcurrido más de un mes del suceso. El trastorno por estrés agudo es una reacción postraumática intensa, que desborda la capacidad de afrontamiento de la persona y que se caracteriza fundamentalmente por la presencia de síntomas disociativos, como el embotamiento emocional, el aturdimiento, la extrañeza respecto a la realidad, la despersonalización y la amnesia disociativa, que lleva consigo la incapacidad para recordar aspectos significativos del suceso traumático. Asimismo, las personas afectadas experimentan síntomas de reexperimentación del suceso, conductas de evitación y síntomas intensos de ansiedad. Todo ello genera un malestar clínico significativo e interfiere negativamente en su vida cotidiana (Echeburúa y Corral, 2007). Así mismo, y tal y como indica el criterio B del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association* [APA], 2000), el sujeto debe presentar al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea, desrealización, despersonalización o amnesia disociativa. Por último, los criterios C, D y E, hacen referencia a la presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y activación, siendo compartidos también con el trastorno por estrés postraumático. Por último, el criterio G señala que los síntomas tienen que tener una duración mínima de 2 días y puede diagnosticarse hasta las primeras cuatro

semanas tras los atentados. Si dicha sintomatología no es resuelta en este tiempo, el diagnóstico debe ser sustituido.

En el actual DSM-5 (APA, 2013) se producen algunas modificaciones en los criterios diagnóstico del TEPT respecto al anterior DSM-IV-TR. En primer lugar, se saca al diagnóstico de trastorno por estrés postraumático del grupo de los trastornos de ansiedad para incluirlo en una nueva categoría denominada *trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Así mismo, se especifica que los criterios son aplicados para adultos, adolescentes y menores de más de 6 años, elaborando seguidamente tras estos criterios, los correspondientes a los menores de dicha edad. Aludiendo a los diferentes criterios para los mayores de 6 años, se observa que en el Criterio A se especifica de forma detallada la relación que ha tenido la persona con el evento traumático, pudiendo ser directa o vivencial, puntos 1 y 4 (experiencia única o repetida con el evento traumático) o indirecta o ajena, puntos 2 y 3 (testigo directo o aprendizaje del evento traumático ocurrido a otra persona). Además, se crean dos nuevos criterios: el criterio D referido a la sintomatología de carácter negativo que la persona con dicho trastorno puede experimentar, en la que aparece la presencia de síntomas como: creencias negativas, distorsiones cognitivas sobre las causas o consecuencias del evento traumático, emociones negativas, etc., y el criterio H, en el que se hace referencia a que dicho trastorno no puede ser debido a los efectos psicológicos de alguna sustancia o condición médica. Por último, el DSM-5 especifica el trastorno en base a la presencia de sintomatología disociativa o de inicio tardío de los síntomas, mientras que el DSM-IV-TR, lo hace en base a la duración de los síntomas o al inicio de estos: agudo, crónico o de inicio demorado.

Tabla 2.1. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático entre el DSM-IV y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <p>(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> <p>(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).</p>	<p>A. La persona ha estado expuesta a la muerte, un serio daño o violencia sexual en una o varias de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa con el evento traumático. 2. Testigo directo del evento traumático acaecido a otra persona. 3. Aprendizaje del evento traumático ocurrido a un familiar cercano o a un amigo cercano. En caso real o miedo a la muerte de un miembro de la familia o de un amigo, el evento debe haber sido violento o accidental. 4. Experiencias o exposiciones repetidas a detalles del evento traumático. <p>Nota: El criterio A4 no se aplica a exposiciones a través de los medios electrónicos, televisión, películas o imágenes exceptuando si estas exposiciones son reales.</p>
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <p>(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).</p> <p>(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).</p> <p>(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). (Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico).</p>	<p>B. Presencia de uno o más de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumático comenzando después de que el evento traumático ocurriera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del acontecimiento involuntarios e intrusivos que provocan malestar. (Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma). 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible). 3. Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en los que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo de nuevo. (Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico). 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño.

(2) irritabilidad o ataques de ira.

(3) dificultades para concentrarse.

(4) hipervigilancia.

(5) respuestas exageradas de sobresalto.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo que comienza después del evento y es evidente en uno o los dos síntomas siguientes:

1. Evitación o esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos sobre o cercanos al acontecimiento traumático.

2. Evitación o esfuerzos por evitar recordatorios externos (personas, sitios, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que motivan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados o cercanos al evento traumático.

D. Alteraciones negativas en cogniciones y estado asociados al evento traumático, comenzando o empeorando después del evento traumático acaecido y que son evidente en dos o más de los siguientes síntomas:

1. Incapacidad para recordar aspectos importantes del evento traumático.

2. Persistentes e intensas creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, otros o el mundo.

3. Persistentes y distorsionadas cogniciones sobre las causas o consecuencias del evento traumático que le lleva a culpar a sí mismo o a los demás.

4. Persistente estado de emociones negativas (ej. miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).

5. Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.

DSM-IV-TR (APA, 2000)

DSM-5 (APA, 2013)

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

7. Persistente incapacidad para experimentar emociones positivas (ej., incapacidad para experimentar alegría, satisfacción o sentimientos de amor).

E. Marcada alteración en la activación o reactividad asociada con el evento traumático que comienza o empeora después de que ocurra el acontecimiento traumático y que se evidencia en uno o más de los siguientes síntomas:

1. Comportamiento irritable y ataques de ira (sin o con poca provocación) expresados a través de agresiones físicas o verbales hacia personas u objetos.

2. Comportamiento destructivo o imprudente.

3. Hipervigilancia.

4. Respuestas exageradas de sobresalto.

5. Problemas para concentrarse.

6. Alteraciones del sueño (ej., dificultades para dormir o permanecer dormido o sueño inquieto).

F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

H. El malestar no es atribuible a efectos psicológicos de una sustancia o alguna condición médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen criterios para el trastorno por estrés postraumático y además, en respuesta al estresor el individuo experimenta síntomas persistentes y recurrentes para alguno de los siguientes:

DSM-IV-TR (APA, 2000)

DSM-5 (APA, 2013)

1. **Despersonalización:** persistentes o recurrentes experiencias o sentimientos de separación, como si uno fuera un observador externo de sus procesos mentales o de su cuerpo.
 2. **Desrealización:** persistentes o recurrentes experiencias de irrealidad.
- De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.
-

2.1.1. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas

Un metaanálisis realizado por DiMaggio y Galea en el año 2006 donde analizaron un gran número de informes, indica que, en el año posterior a los incidentes terroristas, la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en las poblaciones afectadas directamente varía entre el 12% y el 16%. La revisión también muestra que se puede esperar que esta prevalencia disminuya un 25% en el transcurso de ese año. Estas estimaciones de prevalencia enmascaran una gran variabilidad, dependiendo de quién está siendo estudiado, quién está conduciendo el estudio y dónde ocurrió el suceso. Se reportan tasas más altas de psicopatología para los sobrevivientes y los trabajadores de rescate, y un mayor índice general de enfermedades. Para los estudios realizados hasta dos meses después del atentado, la tasa de prevalencia general de TEPT fue de aproximadamente el 16%. A los seis meses, la prevalencia fue de aproximadamente el 14%; a un año, la prevalencia fue del 12%. Estas disminuciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Además, para los estudios con poblaciones predominantemente masculinas (> 80%), la prevalencia promedio global de trastorno de estrés postraumático fue de 11,3%, mientras que para las poblaciones predominantemente femeninas, la prevalencia general fue de 16,2%. En el caso de los hombres además encontramos el abuso de alcohol como factor de riesgo. Hubo un ligero descenso en el trastorno de estrés postraumático asociado con el aumento de la edad media en las muestras del estudio. En general, los estudios realizados en Europa Occidental informaron una mayor prevalencia (23,6%) en comparación con los estudios realizados en América del Norte (12,7%) o Medio Este (12,6%). También hubo variaciones dentro de la misma área geográfica. Los estudios de los bombardeos en la ciudad de Oklahoma informaron una prevalencia global de TEPT

de 17,35%. Sin embargo, tras los ataques del 11-S informaron una prevalencia global de 13%. Las encuestas realizadas en muestras de población general que no se dirigieron explícitamente a sobrevivientes o rescatistas informaron una prevalencia promedio de 10,9%.

La literatura de investigación sugiere que la carga de trastorno de estrés postraumático en personas expuestas a desastres es significativa. Como hemos visto, la prevalencia de trastorno de estrés postraumático entre las víctimas directas ofrece datos relevantes, en comparación con la prevalencia en la población general, situada entre el 5% y el 10% (Salguero et al., 2011). Asimismo, los estudios que han documentado la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en la población general después de un atentado, han documentado uniformemente una menor prevalencia de trastorno de estrés postraumático en la población general que entre las víctimas directas y los trabajadores de rescate (Galea et al., 2002; Schlenger et al., 2002; Hanson, Kilpatrick, Freedy y Saunders, 1995). Por ejemplo, en dos estudios diferentes de la población general de la ciudad de Nueva York después de los ataques terroristas del 11-S, la prevalencia de trastorno de estrés postraumático fue del 7,5% en una muestra telefónica (Galea et al., 2002) y del 11,2% en una muestra basada en la World Wide Web (Schlenger et al., 2002) 1-2 meses después de los atentados. La prevalencia general de TEPT es mucho mayor que en la población general como demuestran Haro y colaboradores (2006) con una encuesta personal a 5.473 adultos españoles donde encontraron una prevalencia anual del trastorno del .5%.

En el año 2008, Neria, Nandi y Galea, realizaron un estudio en el que revisaban la prevalencia de TEPT tras diferentes acontecimientos traumáticos ocasionados por el ser humano. La mayoría de los estudios revisados versaban sobre los atentados del 11-S y de Oklahoma en 1995. Tras su análisis, afirmaron que la mayor prevalencia de TEPT se

encuentra entre los supervivientes y los servicios de primera respuesta (servicios de emergencia). El 22,5% y el 20% de los trabajadores en el desastre, sufrieron TEPT entre las 2 semanas y 10 a 15 meses después de los ataques terroristas del 11-S, respectivamente (CDC, 2004; Fullerton et al. 2006). Sin embargo, en el primer año tras el atentado de Oklahoma se encontró este trastorno en un rango de la población evaluada entre el 25% y el 75% de los casos (Nandi, Galea, Ahern y Vlahov, 2005). Algunos estudios han comparado muestras de trabajadores de rescate y personas directamente afectadas por un desastre, permitiendo la comparación entre los dos grupos (North et al., 2002; Turner, Thompson y Rosser, 1995). Por ejemplo, en un estudio realizado después de los atentados en la ciudad de Oklahoma, la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en los primeros 34 meses después del bombardeo entre bomberos fue menor (13%) que entre los expuestos principalmente (23%) (North et al., 2002).

Centrándonos en la población española, tras los atentados del 11 de marzo en Madrid, también se encontraron resultados similares. El TEPT fue el trastorno predominante entre la psicopatología encontrada, con una prevalencia de 35,7%, 34,1% y 28,6% tras el primer mes, 6 meses y 12 meses después del suceso traumático, respectivamente (Conejo-Galindo et al., 2008). Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea encontraron en 2005 tasas similares tras un mes de los acontecimientos (35,9% de las víctimas directas y allegados).

2.1.2. Prevalencia a largo plazo del trastorno de estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas

Respecto a la prevalencia de TEPT a largo plazo, existen varios estudios que lo analizan. Todos ellos proporcionan evidencia acerca de la disminución general de la sintomatología a lo largo del tiempo (Neria, Nandi y Galea, 2008). Alejandro Zapardiel en el año 2016 analizó la prevalencia a muy largo plazo, tras una media de 20 años

después de los atentados, de casos probables de TEPT en las víctimas directas españolas del terrorismo y se podría estimar en un 10-12% de los casos analizados. En esta misma línea, Sara Gutiérrez en el mismo año demostró con una muestra de 507 víctimas del terrorismo adultas y pertenecientes a la Asociación Víctimas del Terrorismo que, tras una media de 21,5 años desde los atentados, un 50,3% de las víctimas presentaban un trastorno mental, siendo el más relevante el TEPT, con una prevalencia puntual del 26,8% y una prevalencia vital del trastorno para el 37,5% de los evaluados (Gutiérrez Camacho, 2016).

2.1.3. Factores relacionados con el trastorno de estrés postraumático

La prevalencia del trastorno difiere en función de los factores de riesgo que puedan intervenir. Por ejemplo, Neria et al., en el año 2006 demostraron que la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en una muestra de residentes en Manhattan tras 4 y 6 meses después de los atentados del 11-S, disminuía de 7,5% a 1,7% y 0,6% respectivamente. Sin embargo, en aquellos afectados con un nivel socioeconómico bajo, la prevalencia aumentó sustancialmente (10,2%). Continuando con los factores de riesgo, el género femenino ha demostrado consistentemente ser un factor de riesgo para la aparición de trastorno de estrés postraumático tras un atentado (Shuster et al., 2001, Pulcino, Galea, Ahern, Resnick, Foley y Vlahov, 2003). Además, factores psicológicos como la culpa (Hull, Alezander y Klein, 2002; Schwarz y Kowalski, 1991), la ira (Hull, Alezander y Klein, 2002; Freed, Bowler, y Fleming, 1998), un locus de control externo (Weiss, Marmar, Metzler, y Ronfeldt, 1995; North, Spitznagel, y Smith, 2001), y una capacidad de afrontamiento más débil (Silver, Holman, McIntosh, Poulin, y Gil-Rivas, 2002; Eriksson y Lundin, 1996) han sido asociados con el inicio de TEPT. Una historia de traumas previos, así como factores de estrés (Galea et al., 2002; Hanson, Kilpatrick, Freedy y Saunders, 1995; Luce, Firth-Cozens, Midgley y Burges, 2002) y trastornos comórbidos (Hanson, Kilpatrick, Freedy y Saunders, 1995; Yule, Bolton, Udwin, Boyle,

O'Ryan y Nurrish, 2000) también han sido asociados con el inicio de TEPT a través de múltiples estudios. Por otro lado, la exposición a los medios de comunicación, particularmente a la televisión se ha asociado nuevamente con trastorno de estrés postraumático (Schlenger et al., 2002; Ahern et al., 2002), aunque se trata de una asociación de corte transversal, planteando cuestiones sobre la dirección causal de la asociación. Finalmente, la distancia al lugar del suceso, según lo evaluado en los estudios, también proporciona una oportunidad de comparación y sugiere que es un determinante importante en la probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático después del atentado, siendo un mayor riesgo para las víctimas directas (Galea, Nandi y Vlahov, 2005). Así, entre las víctimas directas de atentados terroristas se ha estimado que la prevalencia media del TEPT oscilaría entre el 18% y el 40% (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), mientras que entre los familiares de los fallecidos o heridos en atentados terroristas fluctuaría entre el 27% y el 33% (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015). En la tabla 2.2., se resumen los resultados de los datos de prevalencia del TEPT de algunos de los estudios más representativos con víctimas del terrorismo.

Tabla 2.2. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de atentados terroristas

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
North et al. (2002)	Atentado de Oklahoma City en 1995	34 meses después	Muestra parcial de North et al. (1999) (<i>n</i> = 88)	23% víctimas directas 13% bomberos intervinientes
Silver et al. (2002)	11-S	2 meses 6 meses	Muestra representativa a nivel nacional de adultos que residen fuera de la ciudad de Nueva York	17% 5,8%
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005)	11-M	Un mes tras los atentados	Víctimas y allegados (<i>n</i> =117)	35,9%
DiMaggio y Galea (2006)	Revisión varios atentados (metaanálisis)	1 año tras el atentado	Poblaciones urbanas	12-16%
DiMaggio y Galea (2006)	Revisión varios atentados (metaanálisis)	2 meses tras el atentado	Poblaciones urbanas	16%

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
DiMaggio y Galea (2006)	Revisión varios atentados (metaanálisis)	6 meses tras el atentado	Poblaciones urbanas	14%
DiMaggio y Galea (2006)	Revisión varios atentados (metaanálisis)	1 año tras el atentado	Poblaciones urbanas	12%
Conejo-Galindo et al. (2008)	11-M	Un mes después (S1)	Muestra aleatorizada de heridos hospitalizados (S1: $n = 56$)	35,7% (S1)
		Seis meses después (S2)	S2: $n = 44$	34,1% (S2)
		Doce meses después (S3)	S3: $n = 42$	28,6% (S3)
Gutiérrez Camacho (2016)	Varios atentados ocurridos en España	Tras una media de 21,5 años desde los atentados	507 víctimas del terrorismo adultas y pertenecientes a la Asociación Víctimas del Terrorismo	26,8%

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
Zapardiel (2016)	Diferentes atentados terroristas ocurridos en España (el número más alto de víctimas, tanto heridos como familiares, fue provocado por atentados perpetrados por la organización terrorista ETA (60,8%), y cerca de la mitad de los atentados tuvieron lugar en la Comunidad de Madrid (44,5%)).	La media de años transcurridos desde el atentado hasta el momento de realizarse la entrevista fue de 20,2 años, siendo el rango de años transcurridos de 4 a 43 años	776 víctimas, todas ellas heridos y/o familiares de primer grado de fallecidos y/o de heridos en atentado terrorista, pertenecientes a la Asociación Víctimas de Terrorismo (AVT)	12,2%

Enrique Echeburúa y Paz de Corral (2007) realizaron una revisión sobre las variables facilitadoras del trauma que a su vez dividen en tres grupos:

- Factores predisponentes: psicopatología previa (propia o de algún familiar), exposición previa a otro trauma, personalidad vulnerable y estrés acumulado.
- Factores precipitantes: la intencionalidad en el suceso y la gravedad del mismo.
- Factores mantenedores: anclaje en el pasado, buscar explicaciones imposibles, buscar culpables y la negación cognitiva y emocional del suceso.

Asimismo, acompañan esa revisión con un conjunto de factores de vulnerabilidad personal ante el suceso traumático:

- Factores biográficos: antecedentes de sucesos traumáticos.
- Factores psicobiológicos: baja resistencia al estrés y elevado grado de neuroticismo.
- Factores psicológicos: escasas habilidades de afrontamiento, mala adaptación a los cambios e inestabilidad emocional previa.
- Factores psicopatológicos: trastornos psiquiátricos previos, rigidez cognitiva y personalidad obsesiva.
- Factores sociofamiliares: falta de apoyo social y/o familiar.

Dejando a un lado los factores de riesgo, el cuadro clínico tiende a ser más duradero y más grave cuando el suceso es más intenso y cuando es ejecutado por el ser humano de forma no accidental, provocando un sentimiento de inseguridad e incontrolabilidad (Echeburúa y de Corral, 1995, citado en Echeburúa, Corral y Amor, 1998). Además, un resultado común es que la prevalencia de TEPT después de un desastre natural es a menudo más baja que las tasas documentadas después de desastres provocados por el hombre (como los ataques terroristas) (Neria, Nandi, y Galea, 2008; Norris et al., 2002).

En definitiva, la vulnerabilidad personal, la experiencia de acontecimientos vitales negativos en el último año antes del atentado (incluso los acontecimientos vitales negativos posteriores al atentado provocan que la presencia de TEPT se prolongue en el tiempo), el sexo femenino, la cercanía al lugar de los hechos, la falta de apoyo social, la visualización en los medios de comunicación de imágenes de lo sucedido, el malestar que generan los procesos legales derivados de los atentados terroristas, el experimentar ataques de pánico durante el atentado, la pérdida de la vida de otras personas importantes y el sufrir lesiones físicas, aumenta el riesgo de desarrollo y la cronificación de los síntomas (Brewin et al., 2000; DiMaggio y Galea, 2006; Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González y Galea, 2004; Mínguez Casado, 2015; North, Pfefferbaum, Narayanan, Thielman y McCoy, 2005; Tucker, Pfefferbaum, Nixon y Dickson, 2000). Algunos de estos factores junto con el estrés mantenido en el tiempo desempeñan un papel importante en el curso de los síntomas del TEPT (Neria, DiGrande y Adams, 2011).

2.2. Trastornos depresivos en víctimas del terrorismo

Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno más estudiado como consecuencia de los atentados terroristas es el trastorno de estrés postraumático, con varias revisiones que documentan el curso y las correlaciones de este trastorno. Sin embargo, se sabe menos sobre el trastorno depresivo mayor (de ahora en adelante TDM). Su estudio puede facilitar una comprensión más completa de la carga psicopatológica del trauma, lo que a su vez contribuiría al diseño de intervenciones de mayor calidad.

Los ataques terroristas pueden producir reacciones de horror y miedo intenso, así como generar un profundo sentimiento de pérdida para las personas involucradas. Ambos síntomas pueden conformar la base del desarrollo del TDM (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi e Iruarrizaga, 2004; Hobfoll, Canetti-Nisim y Johnson, 2006). Además de

forma sistemática en la literatura científica se ha establecido una asociación positiva entre los eventos estresantes y la probabilidad de desarrollar un TDM (Kessler, 1997; Hammen, 2005). Por lo tanto, es plausible que la prevalencia de TDM pueda aumentar después de los desastres. Esto, junto con su alta prevalencia en la población general (Kessler, Merikangas y Wang, 2007) y las consecuencias personales, sociales y económicas sustanciales de este trastorno (Kessler et al, 2003) sugiere que el TDM puede ser un enfoque importante en el estudio de los efectos psicológicos del terrorismo. Este trastorno se caracteriza principalmente por síntomas de tristeza y pérdida de placer. Además, incluye dificultades de concentración, alteraciones en el sueño y/o alimentación, sentimientos de culpa, pensamientos asociados a la muerte o al suicidio, agitación o entecimiento psicomotor y pérdida de energía. En la tabla 2.3. se detallan los criterios diagnósticos tanto para el DSM-IV-TR como para el DSM-5.

Sin embargo, a la hora de evaluar la presencia de este trastorno, existe una heterogeneidad en la metodología utilizada, ya que varios estudios utilizan escalas que evalúan la frecuencia o intensidad de ciertos síntomas asociados con el TDM (y no las medidas de diagnóstico), que pueden dificultar la correcta predicción de las tasas esperadas de TDM (Salguero et al., 2011).

Tabla 2.3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</p> <p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p>	<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</p> <p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p>

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p> <p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>	<p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno mixto.</p>	<p>B. Los síntomas causan angustia o un deterioro social, ocupacional o en diferentes áreas de la vida</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>	<p>C. El malestar no es atribuible a efectos psicológicos de una sustancia o alguna condición médica. <i>Nota</i> Los criterios A-C representan el trastorno depresivo mayor. Señala que determinadas situaciones como una ruina financiera, pérdidas por un desastre natural... pueden provocar determinados síntomas depresivos, por lo que dejan a juicio clínico del profesional el diagnóstico a emitir en base a la historia personal del paciente.</p>
<p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).</p>	<p>D. La presencia del trastorno depresivo no puede ser explicada por una esquizofrenia, trastorno delirante...</p>
<p>E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro</p>	<p>E. Nunca ha existido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

DSM-IV-TR (APA, 2000)

DSM-5 (APA, 2013)

**funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación
suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.**

2.2.1. Prevalencia del trastorno del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas

Uno de los primeros estudios acerca de la prevalencia del TDM con víctimas directas fue llevado a cabo por Abenhaim, Dab y Salmi en 1992. Estos autores estudiaron las consecuencias de 21 ataques terroristas ocurridos en Francia entre 1982 y 1987. Los datos se recopilaron entre 4 meses y 3 años después de los ataques. Los resultados mostraron una prevalencia general de TDM del 13,3%, aunque esto dependió del grado de daño sufrido por la persona: el 21,8% entre los heridos graves y el 8,5% entre los heridos leves o ilesos.

García-Vera y Sanz (2010) realizaron una importante revisión de la literatura empírica en relación con la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad tras un atentado terrorista y llegan a varias conclusiones importantes. La primera de ellas es que muchas de las víctimas directas e indirectas de los atentados, desarrollarán síntomas depresivos los días posteriores. Sin embargo, la mayoría posee herramientas suficientes para manejarlos y que puedan disminuir con el paso del tiempo. Aun así, un porcentaje importante mantendrá la sintomatología, provocándole un malestar clínicamente significativo y cumpliendo criterios por lo tanto para el diagnóstico del TDM. La segunda conclusión está relacionada con los resultados de los estudios publicados entre 1980 y junio de 2009 que han estimado la prevalencia de los trastornos depresivos. Tras calcular en función del tipo de víctimas el porcentaje medio ponderado por el tamaño muestral, el porcentaje oscila entre un 47,7% para las muestras de familiares y amigos de fallecidos y heridos en el atentado, y una media de 8,6% para los profesionales y voluntarios de emergencias y rescate.

En el año 2011, Salguero et al., llevaron a cabo una revisión sistemática acerca de la prevalencia actual sobre el trastorno depresivo mayor (TDM) después de un ataque

terrorista. Se identificaron un total de 567 informes, 11 de los cuales fueron elegidos para esta revisión: 6 realizados con víctimas directas, 4 con personas de la población general y 1 con víctimas de la población general. Los resultados sugieren que el riesgo de TDM varía entre 20 y 30% en víctimas directas y entre 4 y 10% en la población general en los primeros meses después de ataques terroristas. Las características que tienden a aumentar el riesgo de TDM después de un ataque terrorista son el género femenino, experimentar situaciones estresantes antes o después del ataque, reacciones traumáticas durante el ataque, pérdida de recursos psicosociales y bajo apoyo social. El curso del TDM después de los ataques terroristas es menos claro debido a la escasez de estudios longitudinales. En la tabla 2.4., se resumen los resultados de los datos de prevalencia del TDM de algunos de los estudios más representativos con víctimas del terrorismo.

Tabla 2.4. Prevalencia de trastornos depresivos en víctimas de atentados terroristas

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
Abenhaim, Dab y Salmi (1992)	21 ataques terroristas ocurridos en Francia entre 1982 y 1987	4 meses y 3 años después de los ataques	víctimas directas	13,3% - 21,8% entre los heridos graves - 8,5% entre los heridos leves o ilesos
North et al. (1999)	Atentado de Oklahoma City en 1995	Entre 4 y 8 meses después	182 víctimas	22,5%
Galea et al. (2002)	11-S	Entre 5 y 8 semanas después de los atentados	1008 adultos entrevistados	9,5%
Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi (2004)	11-M	1-3 meses después de los atentados	117 víctimas directas	31,3%
Gabriel et al. (2007)	11-M	Entre 5 y 12 semanas después	127 víctimas atendidas en el hospital	31,5%

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
Conejo-Galindo et al. (2008)	11-M	1 mes después	56 pacientes atendidos en el hospital	28,6%
Salguero et al. (2011)	Revisión varios atentados	Primeros meses tras el atentado	6 víctimas directas 4 personas población general 1 víctima de la población general	20-30% víctimas directas 4-10% población general
Gutiérrez Camacho (2016)	Varios atentados ocurridos en España	Tras una media de 21,5 años desde los atentados	507 víctimas del terrorismo adultas y pertenecientes a la Asociación Víctimas del Terrorismo	17,9%
Zapardiel (2016)	Diferentes atentados terroristas ocurridos en España (el número más alto de víctimas, tanto heridos como familiares, fue provocado por atentados perpetrados por la organización terrorista ETA (60,8%), y cerca de la mitad de los atentados	La media de años transcurridos desde el atentado hasta el momento de realizarse la entrevista fue de 20,2 años, siendo el rango de años transcurridos de 4 a 43 años	776 víctimas, todas ellas heridos y/o familiares de primer grado de fallecidos y/o de heridos en atentado terrorista, pertenecientes a la Asociación Víctimas de Terrorismo (AVT)	17,5%

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
	tuvieron lugar en la Comunidad de Madrid (44,5%).			

Después del atentado de Oklahoma en 1995, que causó la muerte de 167 personas y dejó más de 600 heridos, se llevaron a cabo varios estudios con víctimas seleccionadas del Departamento de Salud de Oklahoma. En el primer estudio, utilizando una muestra de 182 víctimas, North et al., encontraron que el 22,5% de ellas sufrió TDM entre 4 y 8 meses después de los ataques. Además, el 56% de estos informaron que no habían sufrido este trastorno anteriormente. En otra investigación, North et al. examinaron la prevalencia de diferentes trastornos mentales, entre ellos el TDM, en víctimas de dos ataques terroristas diferentes, el bombardeo de la Ciudad de Oklahoma y el ataque a la embajada de los Estados Unidos en Nairobi (Kenia) en 1998. El objetivo era comparar la salud mental de poblaciones expuestas al terrorismo en diferentes continentes, Norteamérica y África, utilizando una metodología similar en ambos estudios. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la prevalencia de TDM en estas poblaciones tanto en hombres como en mujeres. Tampoco hubo diferencias en la prevalencia de otras patologías, como el trastorno de estrés postraumático o el trastorno de pánico, lo que sugiere consecuencias comparables de los eventos terroristas en contextos muy diferentes.

El análisis de la literatura nos permite saber que los ataques terroristas pueden tener un efecto en la población que es atacada directamente o incluso en una nación entera (Schlenger et al., 2002; Schuster et al., 2001). Varios estudios han documentado las consecuencias de los ataques terroristas en la población general. Galea y colaboradores evaluaron una muestra de residentes de Manhattan entre 5 y 8 semanas después de los ataques del 11-S. Encontraron una prevalencia de TDM actual de 9.7%. Estos hallazgos se replicaron en otra muestra transversal estudiada 4 meses después de los ataques (Nandi, Galea, Ahern y Vlahov, 2005). Person et al. en 2006 evaluaron la prevalencia de TDM seis meses después en una muestra representativa del área metropolitana de Nueva York

y los datos mostraron que la prevalencia de TDM fue del 3,9%, lo que sugiere un retorno a la línea de base en el TDM en la población general 6 meses después de los ataques.

En España, varios estudios analizaron las consecuencias psicopatológicas de los ataques terroristas del 11-M. En estos ataques, diez bombas colocadas en cuatro trenes suburbanos causaron la muerte de 191 personas y resultaron heridas aproximadamente 1800. Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi examinaron una muestra de las víctimas entre 1 y 3 meses después, que estaban en los trenes o en las estaciones donde explotaron las bombas, o que habían perdido a familiares o amigos cercanos, o cuyos familiares o amigos cercanos habían sido heridos. Este estudio documentó una prevalencia de TDM del 31,3%. Se encontraron resultados similares en otros dos estudios que evaluaron una muestra de víctimas que solicitaron asistencia médica en varios hospitales de Madrid el día de los ataques terroristas, a pesar de las diferencias en los instrumentos de evaluación y la metodología entre ellos. La prevalencia de TDM fue del 31,5% en el primer estudio (Gabriel et al., 2007) y del 28,6% en el segundo (Conejo-Galindo et al., 2008). Miguel-Tobal et al. realizaron un estudio epidemiológico para documentar las consecuencias psicológicas de los ataques terroristas del 11-M. Usando una metodología similar a la empleada por Galea et al., y adaptando los instrumentos que utilizaron, evaluaron una muestra representativa de la población adulta de Madrid entre 5 y 15 semanas después de los ataques. Los resultados mostraron una prevalencia de TDM del 8%. Después del mismo evento, se encontraron resultados similares (Gabriel et al., 2007) en una muestra de residentes de la población de Alcalá de Henares (Madrid), población especialmente afectada por los atentados del 11-M en Madrid ya que todos los trenes en los que se pusieron las bombas partían o pasaban por Alcalá de Henares. La prevalencia del trastorno actual en este caso fue del 8,5%.

En contraste con los hallazgos en la evaluación del TEPT, donde la prevalencia del TEPT entre los trabajadores de rescate es mayor que en la población general (Fullerton, Ursano, Norwood y Holloway, 2003), la prevalencia del TDM en los trabajadores de rescate parece ser menor que en las víctimas o en la población general, como han demostrado los diferentes estudios realizados después de los ataques terroristas del 11-M (González-Ordi, Miguel-Tobal, Cano-Vindel e Iruarriazaga, 2004).

Sin embargo, los resultados son contradictorios con respecto al curso del trastorno. En el estudio de seguimiento de North (2001) después del atentado de la ciudad de Oklahoma, solo el 50% de los que sufrieron TDM seis meses después del ataque seguían deprimidos un año después. Por otro lado, después de los ataques del 11-M, mientras que Conejo-Galindo et al. encontraron que la prevalencia de TDM disminuyó ligeramente a los 6 meses (22,7%), también encontraron que la prevalencia 12 meses después de los ataques fue comparable a la que había tenido 1 mes después de los ataques (28,6%).

2.2.2. Prevalencia a largo plazo del trastorno del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas

Si analizamos la prevalencia a largo plazo (en este caso, una media de 21,5 años transcurridos desde el atentado), en el estudio de Gutiérrez Camacho (2016) mencionado en el epígrafe anterior, se encontró una prevalencia del trastorno depresivo mayor de 17,9%, siendo el segundo trastorno más probable después del TEPT. Para la población general española, Ayuso-Mateos et al. (2001) hallaron una prevalencia del 8,56%, mientras que para la prevalencia anual Haro et al. encontraron un porcentaje del 3,9% y de un 10,5% de prevalencia-vida, siendo el trastorno más frecuente (Haro et al., 2006). Si tenemos en cuenta la Encuesta Nacional de Salud ENSE de España, en 2017 la depresión se declaró en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), siendo más del doble en

mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Zapardiel (2016) encontró, tras una media de 20 años después de los atentados, una tasa de casos probables de TDM de entre el 14-17%, analizando para ello una muestra de víctimas española similar a la del estudio de Sara Gutiérrez en el mismo año (Gutiérrez Camacho, 2016).

2.2.3. Factores relacionados con el trastorno depresivo mayor

Varios de los estudios discutidos hasta este momento han demostrado que la probabilidad de padecer TDM después de un ataque terrorista aumentó al menos el doble entre los que habían experimentado al menos una situación estresante en los 12 meses anteriores al ataque terrorista (Person, Tracy y Galea, 2006; Gabriel et al., 2007; Galea et al., 2002; Miguel-Tobal et al., 2006). Entre otros factores de riesgo, se ha demostrado que la reacción emocional inmediatamente después del ataque es un factor predictivo significativo de un TDM posterior. En todos los estudios, el riesgo de desarrollar TDM un mes después de los ataques terroristas, o de seguir sufriendo TDM seis meses después de los ataques terroristas, es aproximadamente tres veces mayor en aquellos con síntomas de pánico durante o poco después de los ataques (Galea et al., 2002; Miguel-Tobal et al., 2006). Se mostraron resultados similares en las personas que admitieron haber tenido miedo de morir o de sufrir lesiones durante el ataque (Miguel-Tobal et al., 2006). Los eventos estresantes acaecidos en las semanas o meses posteriores al ataque terrorista también suponen un factor de riesgo. Entre ellos, cabe destacar la ocurrencia de eventos estresantes o la pérdida de recursos psicosociales después de los ataques terroristas. Por ejemplo, habiendo experimentado situaciones más estresantes después del 11-S, se multiplicó la probabilidad de padecer TDM entre 1,2 y 2,4 en una muestra representativa de residentes de la Ciudad de Nueva York (Person, Tracy y Galea, 2006). Al igual que ocurría con el TEPT, la pérdida de recursos psicosociales se ha asociado con la presencia

de TDM (Galea et al., 2002).

En relación con las variables sociodemográficas, la relación más clara se encontró entre el género y el riesgo de TDM después de los ataques terroristas. Así pues, las mujeres tienen una prevalencia sistemáticamente más alta. Este resultado se ha documentado tanto en víctimas directas de ataques terroristas (Gabriel et al., 2007; Conejo-Galindo, 2008) como en la población general (Gabriel et al., 2007; Galea et al., 2002; Miguel-Tobal et al., 2006). Otras variables como la edad o la raza no han mostrado diferencias estadísticamente significativas (Salguero et al., 2011). La proximidad del lugar de residencia al lugar de los hechos, tampoco ha demostrado tener influencia en el desarrollo de TDM (Miguel-Tobal et al., 2006). En el caso del apoyo social, los resultados son inconsistentes. Mientras que en algunos estudios se demostró que la percepción de apoyo social en los meses previos al ataque terrorista era un predictor negativo de TDM (Galea et al., 2002; Miguel-Tobal et al., 2006), en otros trabajos no se encontró una asociación significativa entre estas variables (Person, Tracy y Galea, 2006; Gabriel et al., 2007).

2.3. Trastornos de ansiedad en víctimas del terrorismo

Por último, analizaremos los trastornos de ansiedad que presentan algunas víctimas del terrorismo como consecuencia del acontecimiento traumático sufrido.

Las revisiones indican que, entre estos últimos, los más frecuentes son: la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia (DiMaggio et al., 2009; García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al., 2011) (además de la dependencia a sustancias y el consumo de alcohol). A continuación, en la tabla 2.5. se muestran los criterios diagnósticos de dichos trastornos según el DSM-IV-TR y el DSM-5.

Tabla 2.5. Comparación de los criterios diagnósticos para la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)

Trastorno	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
Agorafobia	<p>A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. (Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social).</p> <p>B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.</p> <p>C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).</p>	<p>A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso del transporte público. 2. Estar en espacios abiertos. 3. Estar en sitios cerrados. 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud. 5. Estar fuera de casa solo. <p>B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos</p> <p>C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p> <p>D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>H. Si existe otra afección médica el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.</p> <p>I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.</p>

Trastorno	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
Trastorno de ansiedad generalizada	<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o impaciencia. 2. Fatigabilidad fácil. 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). <p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; p. ej., la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un TEPT.</p> <p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el</p>	<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 6. Problemas de sueño. <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>

Trastorno	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
Trastorno de pánico	<p>transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p> <p>Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca. 2. Sudoración. 3. Temblores o sacudidas. 4. Sensación de ahogo o falta de aliento. 5. Sensación de atragantarse. 6. Opresión o malestar torácico. 7. Náuseas o molestias abdominales. 8. Inestabilidad, mareo o desmayo. 9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo). 10. Miedo a perder el control o volverse loco. 11. Miedo a morir. 12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo). 13. Escalofríos o sofocaciones. 	<p>A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. 5. Sensación de ahogo. 6. Dolor o molestias en el tórax. 7. Náuseas o malestar abdominal. 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. 9. Escalofríos o sensación de calor. 10. Parestesias. 11. Desrealización o despersonalización. 12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”. 13. Miedo a morir. <p>B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias. 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques. <p>C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>

2.3.1. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas

Las tasas de prevalencia son más bajas que en los trastornos citados en los epígrafes anteriores, pero también son significativas.

Para el trastorno de pánico, la prevalencia oscila entre el porcentaje medio de 6,1% estimado en muestras de personas directamente expuestas al atentado que habían sobrevivido al mismo, y el porcentaje de 2,1% encontrado en una muestra de la población general de Madrid tras los atentados del 11-M (García-Vera y Sanz, 2010). Concretamente, en relación con estos atentados, Miguel-Tobal et al. a finales del 2004, presentaron los principales resultados de tres estudios de carácter epidemiológico llevados a cabo en la población adulta de la ciudad de Madrid transcurrido un mes del suceso. Entre ellos, encontraron que el 10,9% de la población general experimentó síntomas que en su conjunto cumplen los criterios diagnósticos de ataque de pánico. La afectación fue 2,2 veces superior en mujeres que en varones, lo que daría lugar a un 14,6% de mujeres afectadas frente a un 6,7% de varones. En las áreas más directamente afectadas la prevalencia del ataque de pánico ascendió al 16,3% de la población. En el mismo año, Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano Vindel y González-Ordi, realizaron un estudio con 117 víctimas del 11-M en el que el número de personas de la muestra que experimentó durante los atentados o poco tiempo después síntomas que en su conjunto cumplen los criterios diagnósticos de ataque de pánico o crisis de angustia, fue del 45,3%, lo que prácticamente cuadriplica la prevalencia obtenida en la población general (10,9%). La afectación fue casi tres veces mayor en mujeres (73,6%) que en varones (26,4%), proporción superior a la encontrada en la población general donde las mujeres duplican a los varones.

Las tasas de prevalencia de la agorafobia varían entre la media de 19,8% estimada

en muestras de supervivientes, y el porcentaje de .7% informado en una muestra de policías tras los atentados del 11-M en Madrid (García-Vera y Sanz, 2010).

Por último, respecto al trastorno de ansiedad generalizada, su prevalencia fluctúa entre el porcentaje de 8,6% encontrado en una muestra de la población general de Alcalá de Henares y la media de .9% calculada en muestras de policías y bomberos (García-Vera y Sanz, 2010). North et al. (1999) analizando las consecuencias del atentado al edificio Federal Murrah de la ciudad de Oklahoma en 1995, entre los supervivientes del atentado, encontraron que un 6,6% de ellos sufrieron trastorno de pánico y un 4,4% trastorno por ansiedad generalizada.

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad anteriormente mencionados en la población general son significativamente inferiores. De todos ellos, el trastorno más frecuente es el trastorno de angustia, con una prevalencia anual de .6%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada (.5%) y la agorafobia (.3%) (Haro et al., 2006).

2.3.2. Prevalencia a largo plazo de los trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas

En el estudio de Gutiérrez Camacho (2016), con una muestra de víctimas de diferentes atentados ocurridos en España una media de 21,5 años antes, se encontraron las siguientes tasas de prevalencia puntual a largo plazo de los trastornos de ansiedad:

- Fobia específica: 15%
- Trastorno de angustia: 13,4%, incluyendo tanto el trastorno de angustia con agorafobia, 9,1%, como sin agorafobia, 4,3%
- Trastorno de ansiedad generalizada: 11,8%

En ese estudio, las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad casi duplican su prevalencia puntual a los trastornos del estado de ánimo. A esta conclusión se llega basándonos en criterios del DSM-IV-TR y por lo tanto incluyendo el TEPT dentro de los

trastornos de ansiedad. Sin embargo, prescindiendo de este diagnóstico la tasa de prevalencia también es significativamente mayor. Por el contrario, a nivel vital, los trastornos de ansiedad se encuentran por detrás del TDM y del TEPT (el 38,3% y 37,5% respectivamente). Así, encontramos una prevalencia vital para la fobia específica del 16%, seguido del trastorno de angustia con agorafobia (12,6%), el trastorno de ansiedad generalizada (12,4%), la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (9,5%) y el trastorno de angustia sin agorafobia (8,7%).

En el estudio de Zapardiel (2016) con una muestra similar de víctimas del terrorismo, la prevalencia a muy largo plazo de casos probables de trastorno de ansiedad fue 19-30%. Estos datos son superiores a los datos de otras investigaciones que han evaluado a población general afectada con pautas metodológicas similares.

2.3.3. Factores relacionados con los trastornos de ansiedad

Fijándonos en los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, destacamos nuevamente el sexo. Las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, principalmente trastorno de pánico. Otro factor de riesgo es el tipo de víctima. Así, las víctimas heridas, en comparación a los familiares de los fallecidos y a los familiares de los heridos, tienen mayor probabilidad de padecer actualmente o haber padecido en algún momento de su vida un trastorno psicológico, en particular un trastorno depresivo mayor o un trastorno de angustia (también TDM o TEPT). A su vez, los familiares de fallecidos en atentados, en comparación a los familiares de los heridos, tienen mayor de probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico, en especial cualquier trastorno de ansiedad, o de haber padecido un TEPT en algún momento de su vida. Por último, debemos tener en cuenta la edad de la víctima. De este modo, las víctimas más jóvenes presentan un mayor riesgo en el desarrollo de trastornos de ansiedad, especialmente trastorno de pánico.

Tabla 2.6. Prevalencia de trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
North, Nixon, et al. (1999)	Atentado de Oklahoma City de 1995	Seis meses tras el acontecimiento	182 adultos supervivientes	6,6% trastorno de pánico 4,4% trastorno de ansiedad generalizada
North et al. (2002)	Atentado de Oklahoma City de 1995	15-41 meses	Prevalencia media de dos estudios: 153 policías 176 bomberos	0,9% trastorno ansiedad generalizada
Miguel-Tobal et al. (2004)	11-M	Un mes tras el atentado	<i>N</i> = 117 víctimas directas y allegados	10,9% ataque de pánico (población general) 16,3% (áreas directamente afectadas)
Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano Vindel y González-Ordi (2004)	11-M	1 mes después	<i>N</i> = 117	45,3% ataque de pánico

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
Gabriel et al. (2007)	11-M	5-12 semanas	485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	8,6% trastorno ansiedad generalizada
García-Vera y Sanz (2010)	11-M	5-12 semanas	Prevalencia media de dos estudios:	19,8% para la agorafobia (supervivientes)
		4 semanas	Gabriel et al. 2007 (485 adultos de la población general de Alcalá de Henares)	.7% agorafobia (policías)
		5-12 semanas	Conejo-Galindo et al. 2008 (56 víctimas heridas)	6,9% para el trastorno de ansiedad generalizada
			Gabriel et al. 2007 (127 víctimas heridas)	6,1% para el trastorno de angustia
Zapardiel (2016)	Diferentes atentados terroristas ocurridos en España (el número más alto de víctimas, tanto heridos	La media de años transcurridos desde el atentado hasta el momento de realizarse la entrevista fue de 20,2 años, siendo el	776 víctimas, todas ellas heridos y/o familiares de primer grado de fallecidos y/o de heridos en atentado terrorista, pertenecientes a la	30,1% trastornos de ansiedad

Estudio	Atentado	Momento del seguimiento	Muestra	Prevalencia
	como familiares, fue provocado por atentados perpetrados por la organización terrorista ETA (60,8%), y cerca de la mitad de los atentados tuvieron lugar en la Comunidad de Madrid (44,5%).	rango de años transcurridos de 4 a 43 años	Asociación Víctimas de Terrorismo (AVT)	
Gutiérrez Camacho 2016	Diferentes atentados ocurridos en España	Media de 21,5 años	507 víctimas del terrorismo adultas y pertenecientes a la Asociación Víctimas del Terrorismo	15% fobia específica 13,4% trastorno de angustia 44,8% trastorno de ansiedad generalizada

A pesar de que el TEPT sea el trastorno más frecuentemente encontrado entre las víctimas del terrorismo (seguido del TDM y otros trastornos de ansiedad), es importante señalar que en las víctimas directas e indirectas del terrorismo la presencia de trastornos depresivos o de otros trastornos de ansiedad distintos al TEPT ocurre en muchas ocasiones de manera simultánea o comórbida con éste, especialmente en las víctimas que buscan o reciben ayuda psicológica. En particular, es muy frecuente la presencia simultánea de TEPT y trastorno depresivo mayor (García-Vera y Sanz, 2010). Por ejemplo, en una muestra de 70 personas que, tras los atentados del 11-S, habían recibido consejo psicológico individual a través del programa gratuito *Project Liberty* e informaban conocer a alguien que había muerto en los atentados, se encontró que, aproximadamente año y medio después de dichos atentados, el 18,5% presentaban simultáneamente TDM, duelo complicado y TEPT. Además, otro 8,6% mostraban TDM y TEPT, y, finalmente, un 5,7% adicional mostraban duelo complicado y TEPT (Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006). Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark (2002) informaron que el 54% de las víctimas padecía simultáneamente TEPT crónico con otro trastorno del eje I. Años después, Duffy, Gillespie y Clark (2007) llevaron a cabo un estudio experimental en el que encontraron que un 63,8% de las víctimas del terrorismo con TEPT crónico padecía además TDM.

Además, hemos identificado una serie de factores que suponen un riesgo en el desarrollo de la psicopatología independientemente del diagnóstico. Así, sabemos que las víctimas directas, las mujeres, personas más jóvenes, la falta de apoyo social y la psicopatología previa o haber experimentado situaciones estresantes anteriores, entre otros factores, suponen un riesgo en el desarrollo posterior de la sintomatología. Finalmente, centrándonos específicamente en la naturaleza violenta de la pérdida en el contexto de un desastre provocado por el hombre, como lo es un atentado terrorista

(Galea, Nandi y Vlahov, 2005) y el sufrimiento de múltiples pérdidas simultáneas parece estar relacionada con el aumento de los niveles de psicopatología (Kristensen, Weisaeth y Heir, 2010).

Capítulo 3

El proceso de duelo

CAPÍTULO 3: EL PROCESO DE DUELO

3.1. Conceptualización del duelo

El modo en que comprendemos el duelo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo a la vez que ha ido cambiando la conceptualización que tenemos de la muerte. Por ejemplo, en la Edad Media, la muerte lenta y anunciada era considerada una “buena forma de morir”, mientras que la repentina era considerada una forma inadecuada (Cabodevilla, 2007). En la Grecia Clásica, así como en la Edad Media, el fenómeno de la muerte es percibido como algo lógico y asumible. Del siglo XIV al XVIII el dolor y la agonía adquieren un valor religioso y por lo tanto se asocian con una adecuada forma de morir (Rojas, 2005). Es por tanto la actitud social la que va marcando a lo largo de la historia nuestra reacción ante la muerte y el duelo. Hoy en día, existe una presión social ligada a su ocultamiento y aislamiento (Cabodevilla, 2007).

En Occidente podemos diferenciar dos épocas distintas en lo referente a la vivencia de la muerte: la primera de ellas, previo a la institucionalización hospitalaria, donde la muerte no provoca miedo y se acepta como un proceso natural de la vida; la segunda, posterior a la creación de las estructuras hospitalarias donde estos lugares fueron considerados lugares reservados para morir (Aries, 1974, 1975).

La palabra “duelo” proviene del término latino “dolus” que significa dolor. Así, para comenzar a hablar de ello, es importante que tengamos algunas definiciones claras relacionadas con el término (Bucay, 2001):

- Deudo: personas que han perdido a un ser querido y que por lo tanto están en duelo.
- Aflicción: reacciones particulares y subjetivas que se experimentan en el proceso de duelo.

- Luto: son las expresiones culturales y sociales del duelo que se suelen expresar tras la muerte.

Según la Real Academia de la Lengua Española, el término duelo presenta dos acepciones, procedentes de dos fuentes etimológicas distintas. La primera, *dolos*, derivada del latín, define el duelo como dolor, lástima, aflicción, fatiga, trabajo o las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguno. En segundo lugar, *duellum*, con el significado de combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío (Real Academia Española, 2014).

A lo largo de la historia, el término *duelo* ha sufrido una evolución en su definición. En la tabla 3.1., se presentan algunas de las definiciones ordenadas cronológicamente.

Tabla 3.1. Definiciones del término *duelo* (adaptado de Del Pino, Pérez y Ortega, 2003)

Autor	Definición de duelo
S. Freud (1915)	Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.
S. Zisook (1983)	Proceso disfórico autolimitado en el tiempo tras la pérdida de una persona significativa.

Autor	Definición de duelo
L.Grinner (1983)	Proceso dinámico complejo que involucra la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del Yo, sus actitudes y defensas y, en particular, las relaciones con los demás. [Puede]... aplicarse tanto al sufrimiento provocado por la pérdida del objeto y de partes del Yo proyectadas en el mismo, como también al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado por desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos y bondadosos.
H. Kaplan y B. Sadock (1989)	Tristeza apropiada a una pérdida real.
A.D. Weisman (1989)	Proceso global... [y]... continuo consistente en: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar el dolor de la pena; 3) adaptarse a un cambio de entorno y del ámbito psicosocial; 4) retirar la inversión emocional en el finado, y 5) desplegarla en otras direcciones.
J.W. Worden (1991)	Proceso de adaptación a una pérdida que implica [...] cuatro tareas básicas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido esté ausente y reubicar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.
A. Aguirre Baztán (1994)	Conjunto de representaciones mentales que acompañan a un objeto (persona, estado, cosa) amado [y que conlleva]... una depresión ligada a sentimientos de culpabilidad.
A.P.A. (1994)	Reacción a la muerte de una persona querida cuando es objeto de atención clínica.

Autor	Definición de duelo
M. Bourgeois (1996)	Experiencia natural y normal de la vida que causa dolor y distorsión del entorno, pero mejora espontáneamente en la mayoría de los casos y puede aumentar la creatividad y favorecer el crecimiento personal.
Th. Attig (1996)	Proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades [cuya tarea fundamental es]... volver a aprender cómo es el mundo.
E. Gamio Medina et al. (2000)	Es la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido.
P. Pérez Sales et al. (2000)	Proceso humano normal... [consistente en]... una reacción 1) compleja y multidimensional, 2) impredecible, 3) carácter recurrente y fluctuante y 4) de intensidad generalmente decreciente.
R.A. Neimeyer (2002)	Es un proceso personal [...] que nosotros mismos hacemos, no que nos viene hecho, [y cuyo desafío fundamental]... es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.
M. Franco y R. Antequera (2002)	Respuesta biopsicosocial, universal y compleja que experimenta un individuo ante pérdidas significativas.

Los autores de habla inglesa distinguen entre los conceptos de aflicción (*mourning*), pesar (*grief*) y pérdida (de un ser querido) (*bereavement*), traducidos todos ellos en alguna ocasión como duelo. En los años sesenta, Bowlby señalaba que el primero se refería a todo el proceso psicológico desencadenado tras la pérdida, y el segundo a las manifestaciones subjetivas de pena y dolor que la acompañan. Este mismo autor, define el duelo como “todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado” (Bowlby, 1993). Por tanto, el duelo es esa experiencia de dolor, tristeza, aflicción o resentimiento

que se muestra de diferentes maneras, cuando perdemos algo o a alguien con un valor significativo (Bermejo, 2005).

Finalmente, de acuerdo con Bayés (2001, 2007), los componentes del duelo son tres: (a) una reacción universal ante la pérdida, en el sentido de que constituye una faceta que aparece en todas las culturas, aun cuando sus manifestaciones puedan ser muy diferentes. (b) Produce sufrimiento, el cual puede encontrarse asociado, tanto a comportamientos activos de malestar como a comportamientos pasivos de tipo depresivo. (c) Puede afectar negativamente a la salud de la persona que lo experimenta.

3.2. Teorías sobre el duelo

Siguiendo la revisión llevada a cabo por Alonso, Ramos, Barreto y Pérez en 2019, podemos dividir las teorías del duelo en tres grandes modelos que se explican a continuación:

3.2.1. Modelos explicativos del duelo

- **Teoría psicodinámica:** en este tipo de teorías, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida con la persona perdida para invertirla posteriormente en otro objeto de una forma saludable. Se considera un proceso normal hasta que este proceso no ocurre, que es cuando entonces los sentimientos negativos asociados a la pérdida, se manifiestan en forma de autorreproche o culpa.
- **Teoría del apego:** esta teoría, encabezada por Bowlby, se basa en los vínculos establecidos. La creación de vínculos se considera algo natural e instintivo, donde el apego es el proceso central. Sin embargo, cuando el vínculo se rompe por la pérdida, aparecen reacciones emocionales intensas.

- **Teoría cognitiva:** en esta ocasión, partimos de la base de que los pensamientos son los responsables de las emociones y las conductas consecuentes. Por ello, los problemas emocionales surgen ante interpretaciones erróneas de la realidad. Así, el proceso de duelo se basará en la reconstrucción del significado de la pérdida sufrida.
- **Teoría del estrés:** aquí, el duelo se entiende como un estresor, haciendo hincapié en los recursos personales que tenemos para hacerle frente. Este proceso tiene consecuencias a nivel físico, provocando sobretodo un debilitamiento del sistema inmunitario.
- **Teoría funcional:** esta perspectiva, al contrario que las anteriores, se centra especialmente en el papel de las emociones, entendiendo que, en el proceso de duelo, el doliente experimentará emociones más y menos agradables, pero lo realmente importante es la expresión y regulación de todas ellas como mecanismo de procesamiento del dolor.

3.2.2. Modelos descriptivos del duelo

En este bloque, aparecen los modelos de aquellos autores que entienden del proceso de duelo como el curso de fases, etapas o tareas que realizar por parte del doliente. Puesto que el vínculo con la persona fallecida difiere entre unos y otros, así como las relaciones interpersonales establecidas y las estrategias de afrontamiento de cada uno, debemos tener en cuenta que el duelo es un proceso individual y personal. Ello hará que cada persona experimente su propio proceso de duelo sin que exista una forma universal de hacerlo. De acuerdo con diferentes expertos en duelo, el proceso normal de duelo tiene una duración de entre uno y dos años, dependiendo del tipo de relación que el doliente mantenía con la persona fallecida y de las circunstancias en las que se produce el

fallecimiento (Humphrey y Zimpfer, 1996). Los autores que han realizado estudios sobre el duelo, coinciden en que, si bien cada persona lo experimenta de manera propia, el proceso de duelo transcurre por diferentes etapas, fases o tareas. Los modelos de etapas y fases (Bowlby, 1969; Lindeman, 1944; Neimeyer, 2007; Parkes, 1972) describen al doliente como sujeto pasivo, mientras que el modelo de tareas considera al doliente una persona activa que con su conducta y sus pensamientos incidirá de forma crucial, en el transcurso de su proceso de duelo (Worden, 2008).

Las etapas por las cuales transcurre el proceso de recuperación tras la pérdida de un ser querido, pueden presentarse de forma simultánea, solo algunas de ellas, de forma escalonada o bien puede predominar una sobre otras (Ahlers, Marín, y Muñoz, 2018). El establecimiento de las etapas de duelo nos ayuda a entender y ver el duelo como un *proceso* y no como un hecho puntual (Neimeyer, 1996; Neimeyer, 2002). Dentro de los modelos descriptivos, encontramos los modelos por etapas, los modelos por fases y los modelos que integran ambos conceptos:

- Etapas tras el fallecimiento del ser querido de Kubler-Ross (2017). Según esta autora, el doliente pasa por una serie de etapas consecutivas tras el fallecimiento del ser querido: negación, ira/negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, este tipo de modelos son poco aceptados en la actualidad ya que la literatura más reciente entiende que no todos los dolientes tienen que pasar necesariamente por todas las fases ni seguir el orden impuesto.
- En el segundo bloque, encontramos las fases por las que pasa el doliente. En este caso, el doliente presenta un papel pasivo, donde, desde una perspectiva pasiva, las distintas fases pasan por él. En este bloque, encontramos autores como Parkes

(1972) que señala 4 fases: insensibilidad, anhelo, desorganización y conducta reorganizada.

- La tercera unidad trata de compensar las críticas a los modelos anteriores. Recoge los modelos de tareas que el doliente tiene que llevar a cabo durante el proceso de duelo, subsanando así el papel pasivo del doliente, haciéndole partícipe y sujeto activo de su propio proceso. Dos de los autores más representativos en este bloque son Worden (2013) y Neimeyer (2007). El primero, señala cuatro tareas que el doliente debe llevar a cabo: 1) aceptar la realidad; 2) trabajar las emociones y experimentar el dolor; 3) adaptarse al entorno sin el ser querido; y 4) recolocar y recordar al ser querido. Durante el desempeño de estas tareas, el autor señala la intervención de diferentes factores mediadores, a saber: la persona fallecida, la naturaleza del apego, circunstancias de la muerte, personalidad, historia previa, aspectos sociales y cambios recurrentes. En el caso de Neimeyer, señala 5 tareas a realizar, a saber: 1) reconocer la realidad de la pérdida; 2) abrirse al dolor; 3) revisar el mundo de significados del doliente; 4) reconstruir la relación con lo que se ha perdido; y 5) reinventarnos a nosotros mismos.

Alfonso Miguel García, en su libro publicado en el año 2016, muestra una revisión de las diferentes etapas en las que diversos autores han dividido el proceso de duelo, revisión que se recoge adaptada en la tabla 3.2.

Tabla 3.2. Teóricos del duelo y etapas que asignan a su concepto.

Autores	Año	Etapas
Lindemann	1944	1) Shock; 2) aflicción aguda; 3) reanudación de la vida diaria; 4) disminución de la imagen de estar muerto
Engel	1964	1) Conmoción inicial e incredulidad; 2) conocimiento y cólera; 3) aceptación
Kübler-Ross	1970	1) Negación y aislamiento; 2) rabia; 3) negación; 4) depresión; 5) aceptación
Parkes	1976	1) Desconcierto y embotamiento; 2) anhelo y búsqueda de la pérdida; 3) desorganización y desesperación; 4) reorganización y recuperación
Horowitz	1976	1) Protesta, negación; 2) intrusión; 3) obtención; 4) conclusión
Schulz	1978	1) Inicial; 2) intermedia; 3) recuperación
Davidson	1979	1) Incapacidad para sentir; 2) búsqueda del otro y anhelo; 3) desorientación, confusión, pérdida de referentes; 4) reorganización
Bowlby	1980	1) Embotamiento; 2) anhelo y búsqueda; 3) desorganización y desesperanza; 4) reorganización
Backer et al.	1982	1) Ansiedad; 2) ira y culpabilidad; 3) desorganización
Clark	1984	1) Negación e incredulidad; 2) aceptación creciente de la pérdida; 3) restitución y recuperación
Delisle-Lapierre	1984	1. Crítica; 2) crucial; 3) creadora

Autores	Año	Etapas
Martocchio	1985	1) Shock e incredulidad; 2) anhelo y protesta; 3) angustia, desorganización y desesperación; 4) identificación; 5) reorganización y restitución
D'Angelico	1990	1) Shock/negación; 2) ira/depresión; 3) comprensión/aceptación
Rando	1993	1) Reconocimiento de la pérdida; 2) reacción a la separación; 3) recordar y revivir la relación con el fallecido; 4) renunciar al antiguo apego con el fallecido; 5) reinvertir.
Worden	1997	1) Aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar el dolor/la pena del duelo; 3) adaptarse a un medio en el que el difunto está ausente; 4) retirar la energía emocional de la relación con el difunto e invertirla en relaciones vivas con los demás.

Adaptado de García, H. A. M. (2016). *La pérdida y el duelo: Una experiencia compartida*.

3.2.3. Modelo integrativo-relacional y las 6R

Dentro de este bloque, se presentan la unión de los modelos de fases y tareas:

- **El modelo de las 6R** (Rando, 1988), también integra fases y tareas. Las fases en esta ocasión son tres y engloban seis tareas: evitación (reconocer la pérdida), afrontamiento (reaccionar a la separación, recordar y reexperimentar al ser querido y la relación que mantenían y relegar/abandonar el antiguo apego al deudo y la forma de entender el mundo anterior) y la fase de acomodación (reajustarse y reinvertir la energía puesta en la relación a otras nuevas formas).

- **Modelo integrativo-relacional** (Payás, 2010): esta autora señala que el doliente pasa por diferentes fases en el proceso de duelo y, cada una de esas fases, conlleva el desempeño de diferentes tareas. Las fases que propone son: choque, evitación-negación, conexión-integración y crecimiento-transformación. Según esta autora, no sentir dolor supondrá posteriormente el cierre de la posibilidad de experimentar los cambios necesarios para poder volver a vivir una vida plena.

A pesar de la exposición de diferentes autores acerca de las etapas del duelo, encontramos otros investigadores que critican esta versión del *proceso del duelo* por diferentes etapas al no estar sustentado por una base empírica (Stroebe, 1992; Stroebe, Gergen, Gergen y Stroebe, 1996; Stroebe y Schut, 1999; Klass, Silverman y Nickman, 1996; Wortman y Silver, 1989). Varios estudios longitudinales a gran escala, han contradicho las predicciones de la perspectiva del trabajo en el proceso de duelo (Stroebe, 1992; Bonanno, Keltner, Holen y Horowitz, 1995). Para ir más lejos, Wortman, Silver y Kessler (1993) encontraron que los pocos estudios longitudinales existentes acerca del proceso del duelo siguiendo unas etapas y tiempos determinados, apenas cuenta con soporte e incluso muchos de esos estudios contradicen ese supuesto. Klass, Silverman y Nickman (1996) concluyeron que la falta de un punto final para el duelo hace que el concepto de "resolución" sea difícil de aplicar. Igualmente, Parkes y Weiss (1983) propusieron que el concepto de "recuperación" es preferible sustituirlo por el de adaptación o acomodación. Otra crítica del modelo tradicional de trabajo de duelo es que no hay suficientes definiciones que distingan la pena normal de la patológica y además encontramos poca concordancia en la literatura sobre este tema (Middleton, Raphael, Martinek y Misso, 1993; Shuchter y Zisook 1993).

3.2.4. Teorías psicoanalíticas y del desarrollo

Estas teorías, ya mencionadas dentro del bloque destinado a los modelos explicativos, se basan en la construcción del *self*. Importantes autores dentro de este enfoque han enfatizado la necesidad de relación como una de las características fundamentales del ser humano, y cómo este contacto interpersonal es necesario e indispensable para su crecimiento y desarrollo (Bowlby, 1986; Guntrip, 1971; Fairbairn, 1952). La importancia del contacto externo radica en la creación del mundo interno a través de él. Las relaciones interpersonales nos ayudan a definir los límites de nuestra identidad, quiénes somos y hasta dónde llega nuestro espacio vital en relación con el de los demás (Erskine et al., 1999). Como describe Alba Payás en su libro (2010), dentro de las teorías psicoanalíticas, el proceso de duelo no se basa únicamente en la recuperación por la pérdida de la relación con la persona fallecida, sino que también supone un trabajo de reestructuración interna, en tanto en cuanto se pierde una parte de uno mismo. Se desmantelan valores, creencias, pensamientos, el sentido del yo, etc., en definitiva, la desconexión con nuestro núcleo interno. Por todo ello, las relaciones interpersonales que el doliente mantiene y crea a raíz de la pérdida, son esenciales para la resolución del duelo.

Se atribuye a Freud (1917) el haber delineado el estudio de los procesos psicológicos del duelo durante el siglo XX. Lindemann (1944) refuerza el modelo propuesto por Freud y define etapas del duelo en base a observaciones de personas que perdieron a sus familiares en forma trágica.

3.2.5. Modelo del apego

Bowlby es el autor más importante en lo que al diseño de etapas del duelo se refiere y propone su primer modelo en 1961, nutriéndose de los trabajos de los dos autores anteriormente mencionados. Sus ideas sobre el duelo, guardan bastante relación con la

conocida teoría del apego, la cual afirma que existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos y la ansiedad que provoca la ruptura de los mismos (Guic y Salas, 2006). En 1986 propone la teoría de la vinculación. Según este autor, el duelo ante la muerte de un ser querido es una forma de ansiedad de separación, cuya ruptura es irreversible. Esta teoría hace hincapié en el vínculo creado entre la madre y el niño como factor principal para el desarrollo del mundo interno. Así, una buena relación proporciona al niño la confianza necesaria para establecer relaciones adecuadas y manejar situaciones complicadas de la vida (Erikson, 1950). Ainsworth (1978), alumna de Bowlby, propone cuatro modelos de vinculación entre niños y sus progenitores: 1) estilo de vinculación segura, donde el cuidador está presente, el niño desarrolla una buena imagen de sí mismo y una adecuada autoestima; 2) estilo de vinculación insegura-ansiosa, en el que la acción del cuidador es ambivalente y provoca una dependencia compulsiva del menor; 3) y estilo de vinculación insegura-evitativa, donde el contacto físico y emocional es difícil y se desarrolla un estilo educativo desapegado, y donde además, los intentos de contacto con el adulto suponen un potente dolor emocional. 4) Finalmente, encontramos el estilo de vinculación inseguro-desorganizado, correspondiente a menores con formas de comportamiento desorganizado sin coherencia en sus respuestas. Jonh Bowlby señala precisamente que las reacciones de duelo dependen del tipo sistema de vinculación desarrollado durante la infancia. El estilo de vinculación segura es la garantía de protección frente a pérdidas futuras. En 1993 sugirió que los estilos de vinculación insegura-ansiosa podría asociarse a formas de duelo crónico, mientras que los estilos inseguro-evitativos podrían traducirse en duelos inhibidos o pospuestos. En estos últimos años se está recogiendo abundante evidencia empírica que confirma la relación entre los estilos de vinculación del doliente y la posibilidad de desarrollo de duelo complicado (Shaver y Tancredy, 2001; Stroeb, Zech, Stroebe y Abakoumkin, 2005; Mikulincer y

Shaver, 2008).

Por otro lado, Bowlby (1980) aplicó la teoría del apego al estudio del duelo y sostuvo que tiene similitud con la ansiedad de separación en la infancia (Rando, 1993; Shackleton, 1984). La reacción de duelo se ve como una respuesta a la interrupción del vínculo de apego. El proceso de duelo en este caso implica la búsqueda del objeto perdido y, finalmente, este comportamiento se acaba extinguiendo gracias a la repetición fallida por encontrarlo. Bowlby ve las respuestas del duelo adaptativas y valiosas para la supervivencia del doliente (Rando, 1993). Describió cuatro procesos que se desarrollan en el duelo normal: conmoción y entumecimiento; anhelo y búsqueda; desorientación y desorganización; resolución y reorganización (Bowlby, 1980). En su teoría hay dos tipos de duelo patológico: el duelo crónico y la ausencia prolongada de duelo (Rando, 1993).

Horacek en 1995 por ejemplo, sostuvo que el desapego total con el fallecido es imposible además de poco conveniente. En su modelo, la relación entre el doliente y el fallecido se mantiene a través de recuerdos compartidos con familiares y amigos (Silverman y Klass, 1996). Hay evidencia de que los vínculos continuos con los fallecidos han ayudado a los dolientes a sentirse menos indefensos, inseguros, aislados y más capaces de enfrentar nuevas realidades (Tyson-Rawson, 1996).

3.2.6. Modelos cognitivos. Constructivismo

Cambiando el curso de las teorías encargadas de explicar el proceso de duelo, en 1992, Janoff-Bulman expone la perspectiva de las “creencias nucleares”, fundamentada a partir de víctimas de traumas. Según esta teoría, la capacidad que tiene la persona de otorgar significado a su experiencia de vida es un elemento crucial en el proceso de recuperación de posibles vivencias traumáticas (como lo es un atentado terrorista). Durante nuestra vida, construimos un esquema cognitivo sobre nosotros mismos, el

mundo y la relación entre ambos constructos. Así, pensamos que el mundo es justo, predecible, benevolente y que la vida tiene un significado. Sin embargo, la exposición a un evento traumático hace que estas creencias nucleares se tambaleen e incluso lleguen a destruirse. En circunstancias de trauma, la persona puede, por un lado, negar la pérdida y proteger ese mundo interno y, por otro, permitirse la aceptación de la misma y reorganizar el suceso integrándolo en las estructuras creadas. Colin Murray Parkes denomina “transiciones psicosociales” a esta afectación de las creencias nucleares como consecuencia de la muerte de un ser querido (Parkes, 1971, 1988). Otros autores, en una línea parecida, consideran que este proceso de reconstrucción de significados es el elemento central del duelo (Neimeyer, 2000, 2001; McCann y Pearlman, 1990). El mismo Neimeyer dice que la adaptación a la pérdida traumática incluye un proceso de confrontación y exploración de las preocupaciones, que va a permitir construir nuevos significados sobre la muerte del ser querido, es decir, habrá una negociación entre las creencias iniciales y las nuevas hasta que se vaya reconstruyendo e integrando lo sucedido.

3.2.7. Perspectivas sobre el afrontamiento

En la misma línea, con su modelo de crisis vitales y crecimiento personal, Rudolf Moss y Jeanne Schaefer (1986), al hablar de distintos tipos de respuestas de afrontamiento, hacen una distinción entre respuestas enfocadas a la valoración o cognitivas, respuestas enfocadas a la resolución de problemas o conductuales y respuestas de afrontamiento centradas en las emociones. En este sentido, la valoración que el doliente hace de la pérdida tiene mayor importancia en la evolución del proceso de duelo que la realidad de la pérdida en sí misma.

3.2.8. Modelos integradores

Una interpretación diferente la proponen Stroebe y Shut en 1999 donde explican un modelo dinámico y dual del duelo en el que la persona lucha, por un lado, por la comprensión de lo sucedido y por otro, en contra de la aceptación de la pérdida. Estos autores no proponen un proceso de duelo formado por diferentes etapas consecutivas y en orden, sino por un modelo en el que el doliente se mueve entre los dos polos anteriormente mencionados. Esta concepción muestra al duelo como un *proceso* tal y como exponía Freud, en el que el doliente tiene que trabajar en la gestión de sus emociones, entendiendo que se trata de un sujeto activo y no pasivo por el que van transcurriendo las diferentes etapas.

3.2.9. Modelo cognitivo-conductual

Basándonos en la terapia cognitivo conductual, Boelen, Van Den Hout y Van Den Bout (2006b) distinguen entre factores que dificultan el proceso de duelo, determinantes básicos para la aparición del duelo complicado y proceso de intervención terapéutica. Esos factores, aunque no son determinantes, sí influyen en la conformación del duelo complicado: a) factores de vulnerabilidad individuales: como creencias previas, estilos de afrontamiento, autoestima, apego, etc. Todo ello influye en el modo en que el doliente hace frente a la pérdida; b) características que rodean al evento, es decir, forma en la que se produce el fallecimiento, relación con el fallecido, causas de la muerte, etc.; y c) factores circunstanciales o ambientales, haciendo referencia a pérdidas secundarias u otros factores estresantes alrededor de la pérdida.

Desde este enfoque, Boelen, Van Den Hout y Van Den Bout identifican una serie de procesos que mantendrían el proceso de duelo complicado: deficiente integración de la pérdida con sus creencias previas; creencias negativas posteriores al duelo e

interpretaciones desadaptativas; y estrategias de evitación de síntomas depresivos y ansiosos.

Por último, desde este modelo, se propone una intervención basada en cuatro fases: 1ª) fase descriptiva, orientada a facilitar la integración de la pérdida; 2ª) fase explicativa, dirigida a identificar y cambiar las creencias desadaptativas; 3ª) fase resolutive, en la que se trata de reducir la evitación de la depresión y la ansiedad; 4ª) fase constructiva, en la que se trabaja para la creación de significados de la experiencia vivida.

3.2.10. Modelo basado en el contexto social

Por su parte Doka (1989) fue uno de los primeros investigadores en reconocer el papel que tiene el contexto social en el proceso de duelo. Él afirma que los dolientes cuya pérdida no puede ser reconocida abiertamente, llorada públicamente o apoyada socialmente sufrían una "duelo privado" que interfiere con el proceso de resolución del mismo. Este detalle lo encontramos en muchas de las víctimas del terrorismo, principalmente aquellas cuyos atentados tuvieron lugar en la década de los ochenta. En los llamados *años de plomo*, tal y como hemos explicado en el primer capítulo, algunas de las víctimas del terrorismo españolas tenían que esconderse para enterrar a sus seres queridos, ocultar que habían sido asesinados por una banda terrorista e incluso mostrar su desacuerdo y dolor públicamente. Doka identifica tres tipos de posibles duelos ocultos. El primero de ellos es cuando la relación mantenida con el fallecido no estaba socialmente reconocida. En segundo lugar, aquellas muertes que se salen de lo socialmente típico o apropiado (suicidio o aborto). En tercer y último lugar, aquellos dolientes cuya capacidad para experimentar dolor y entender el proceso de duelo está en duda (ancianos, niños o personas con discapacidad intelectual).

Alternativamente a los modelos tradicionalmente expuestos, autores como Fowlkes

(1990) desde una perspectiva constructivista le atribuyen un papel central al contexto social. Sostiene que el duelo normal se evalúa por la consonancia entre cómo el doliente comprende su pérdida y cómo otros entienden esa pérdida. La falta de consonancia provoca el dolor patológico. Fowlkes argumentó que la matriz social afecta significativamente el proceso de duelo y sostuvo que, sin un buen contexto social, el doliente se enfrenta a la pérdida de una base para lidiar con el dolor y el aislamiento. Por ejemplo, en el caso de atentados terroristas principalmente masivos, puede crearse una disonancia entre el significado que le da el propio doliente como víctima y la opinión pública acerca de lo sucedido. Tyson-Rawson (1996) propuso una teoría del duelo basada en el significado de la pérdida donde el doliente redescubre ese significado con el fin de restablecer el orden en su vida. Esto podría ser difícil de aplicar en situaciones de pérdida traumática como las víctimas de un atentado terrorista donde los que perdieron seres queridos luchan con la incertidumbre y la falta de respuesta ante el porqué de lo acontecido (Rando, 1996). Estas teorías centradas en la creación de un significado se encuentran dentro del procesamiento cognitivo que el doliente hace con el objetivo de comprender el impacto de la pérdida. Así, el grado de malestar depende de la interpretación que el propio doliente realiza de la situación (Nadeau, 1998; Silverman y Klass, 1996; Stroebe y Schut, 1999).

La teoría de Horowitz acerca del trauma, sirve también para explicar el proceso de duelo al tomar conceptos de la teoría cognitiva del estrés y añadirles el elemento del control emocional (Horowitz et al., 1993a). La noticia del fallecimiento de un ser querido cuestiona los esquemas preexistentes y esa discrepancia provoca la aparición de emociones desagradables tales como la culpa, el miedo, la rabia o la tristeza. Según el autor, esas emociones actúan como una alarma para que el doliente se focalice en el problema y pueda resolver las disonancias aparecidas. Por otro lado, el modelo bifásico

intrusión-evitación de afrontamiento de las situaciones traumáticas también tiene aquí cabida. Ante la muerte de un ser querido, el doliente puede enfrentarse a las situaciones y actividades que le recuerdan al fallecido, o bien evitar hablar de ello, distraerse y negar la realidad. Sin embargo, el propio Horowitz no tiene claro que esta oscilación entre los dos polos suponga una reacción adaptativa para el afrontamiento del duelo, pues ante la muerte del ser querido, la persona puede reaccionar de tres maneras diferentes: 1) mediante mecanismos de inhibición que niegan la realidad de la pérdida; 2) mediante mecanismos de alteración del concepto, donde se resta importancia al acontecimiento y se tiene la idea de conexión con la persona fallecida; y 3) mediante mecanismos de alteración de los esquemas personales donde el doliente modifica sus esquemas conceptuales e integra el acontecimiento sufrido.

3.3. El duelo normal

El fallecimiento de una persona cercana siempre supone una experiencia desagradable. Las reacciones ocasionadas por el duelo, pueden variar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, pudiendo durar incluso toda una vida (Echeburúa y de Corral, 2001). Sin embargo, el duelo no deja de ser una reacción adaptativa que nos permite asimilar una pérdida y readaptarnos a la vida diaria (Echeburúa y Herrán, 2007).

En la mayor parte de los casos, la superación del duelo no requiere de una ayuda psicológica, sino que, con las propias herramientas de afrontamiento de cada uno, así como el apoyo social, reanudación de la vida diaria y el paso del tiempo, se consigue superar. Es normal, que tras el fallecimiento de un ser querido aparezcan sentimientos de tristeza junto con la ansiedad y el temor a la soledad. También es posible encontrar sentimientos de culpa por diversos motivos (no haber hecho lo suficiente, por ejemplo).

Es habitual también que disminuya el interés por las actividades agradables, sobre todo aquellas que compartíamos o nos recuerdan a la persona fallecida. La intensidad de los síntomas varía en función de diversos motivos: estrategias de afrontamiento, apoyo social, vínculo con la persona fallecida, etc. Aun así, lo esperable es que estas emociones negativas vayan remitiendo paulatinamente entre los 6 meses y el año siguientes al suceso. La muerte del ser querido es el acontecimiento que explica la sintomatología inicial; la interpretación de la situación y el resto de factores mencionados anteriormente, son los que intervienen posteriormente e influyen en la evolución del duelo normal en patológico (Echeburúa y Herrán, 2007).

La mayoría de la gente, por lo tanto, llega finalmente a un nuevo equilibrio emocional después de la pérdida, sin desarrollar ningún deterioro prolongado (Jordan y Litz, 2014).

3.4. El duelo complicado

3.4.1. Concepto

El duelo patológico es un término utilizado durante el siglo XX para referirse a las complicaciones mórbidas y los aspectos desadaptativos del duelo (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000). En este caso, las dificultades y síntomas persisten durante más tiempo. Para la mayoría de las personas, estas emociones y pensamientos dolorosos que siguen a la pérdida de un ser querido, disminuyen gradualmente, generalmente dentro de los 6 meses posteriores. Pero para algunas personas, la reacción normal de duelo persiste y se vuelve cada vez más debilitante. Los expertos llaman a esto *dolor complicado* o *trastorno de duelo prolongado* (Prigerson et al., 2009).

A parte del duelo patológico o complicado, encontramos otros tipos de duelo que

también podemos considerar fuera del proceso normal de resolución (Dávalos et al., 2008):

- **Duelo anticipado:** el duelo no comienza en el momento de la muerte sino antes. Se da por ejemplo en casos de enfermedades incurables y cuyo fin está duramente prescrito. Este duelo ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida.
- **Preduelo:** al igual que en el caso anterior, se produce antes de que la persona cercana fallezca. La diferencia reside en que, con esta situación, el deudo elabora un duelo completo, procesando una pérdida completa cuando esta aún no ha llegado.
- **Duelo inhibido o negado:** la persona en cuestión no acepta la realidad de la pérdida y por lo tanto no manifiesta la expresión del duelo.
- **Duelo crónico:** finalmente, este tipo de duelo lo sufren aquellas personas en las que la duración de la resolución del duelo se prolonga en el tiempo. En estos casos el duelo puede incluso suponer la estructura existencial del deudo.

Brusco en 1997 añadió a los tres tipos anteriores uno más, relacionado con el **duelo retardado**. Este tipo de duelo se da en aquellas personas en las que inicialmente no experimentan síntomas de duelo por la pérdida. Son aquellas que mantienen controlada la situación, se encargan de que el resto esté bien y de las necesidades exigidas por las circunstancias. Posteriormente, un recuerdo o algún elemento relacionado con la persona fallecida, puede desencadenar la aparición del duelo no procesado ni resuelto en su día.

3.4.2. Criterios diagnósticos

Hoy en día aún carecemos de un sólido acuerdo en la literatura científica sobre el

estatus conceptual del duelo patológico, para el cual se han propuesto muy diversos nombres: duelo ausente (Deutsch, 1937), la distinción frecuentemente utilizada entre duelo crónico, duelo retrasado y duelo inhibido (Lindemann, 1944; Parker y Weiss, 1983; Raphael, Middleton, Martinek y Misso, 1993), duelo neurótico (Wahl, 1970), duelo atípico (Jacobs y Douglas, 1979), duelo distorsionado (Brown y Stoudemire, 1983), duelo no resuelto (Zisook y DeVaul, 1985), duelo anormal (Pasnau, Fawney y Fawney, 1987), duelo disfuncional (Rynearson, 1987), duelo intensificado y duelo prolongado (Lieberman y Jacobs, 1987), duelo mórbido (Sireling, Cohen y Marks, 1988), duelo complicado (Sanders, 1989) o duelo desadaptativo (Reeves y Boersma, 1990). A estas acepciones debemos sumar las nomenclaturas más recientes como: duelo complicado (Horowitz et al., 1997), duelo traumático (Jacobs et al., 2000), duelo prolongado (Prigerson et al., 2008 y 2009), duelo complicado (Shear et al., 2011), duelo complejo persistente (DSM-5, 2013) y duelo prolongado (CIE-11, 2018). En la tabla 3.3. aparecen recogidas, por orden cronológico, las definiciones más importantes del concepto de duelo complicado entendido como trastorno mental.

Aunque los clínicos han notado durante mucho tiempo la fenomenología distintiva de las reacciones prolongadas de duelo, la investigación rigurosa sobre las características clínicas del duelo complicado se ha centrado en las últimas dos décadas. Las ediciones anteriores de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) no han incluido diagnósticos correspondientes a problemas prolongados de duelo. En su lugar, han incluido los códigos "Z" o "V" que reconocen el duelo como un posible foco de atención clínica o como una razón por la cual las personas pueden buscar atención psicológica. Sin embargo, ya en 1999 un panel de expertos en las áreas de duelo, trauma y nosología psiquiátrica se reunió para discutir la necesidad de establecer criterios de diagnóstico para el duelo complicado.

Estos estudios demostraron que los síntomas de ansiedad por separación (búsqueda de la persona fallecida, soledad excesiva resultante de la pérdida, etc.) forman un grupo unidimensional con síntomas traumáticos (pensamientos intrusivos sobre la persona fallecida, sentimientos de entumecimiento, incredulidad sobre la situación, aturdimiento o desconfianza) y este conjunto unidimensional de síntomas es distinto de los grupos de síntomas depresivos y de ansiedad (Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1996; Prigerson et al., 1996; Chen et al., 1999).

Los autores del DSM-IV se centraron principalmente en el problema del diagnóstico excesivo, y omitieron por tanto el duelo complicado como trastorno debido a una evidencia insuficiente. Esta edición entiende que es "una respuesta esperada y culturalmente sancionada a un evento en particular" (APA, 1994). Se clasifica por lo tanto como un código "V"; es decir, "otra condición que puede ser un foco de atención clínica" (APA, 1994). De manera similar, en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, en su Décima Revisión (CIE-10), el duelo se clasifica como un código "Z", que se refiere a los factores contextuales que tratan de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos (Mezzich, Zapata, y Schwartz, 1995). Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal (Mezzich, Zapata, y Schwartz, 1995). Hace ya casi un siglo, Freud escribió: "aunque el luto implica una separación grave de la actitud normal hacia la vida, nunca se nos ocurre considerarla como una condición patológica y referirla a un tratamiento médico. Confiamos en que sea superado después de un cierto lapso de tiempo, y consideramos que cualquier interferencia con él es inútil o incluso perjudicial" (Freud, 1971). Hoy sabemos que esta afirmación es cierta a medias, porque la sintomatología

puede complicarse y cronificarse.

En la tabla 3.3 se presenta un resumen de las definiciones más importantes del concepto de duelo complicado, así como los diferentes términos empleados para su nomenclatura a lo largo de los diferentes años de investigación.

Tabla 3.3. Comparación de criterios diagnósticos en distintas definiciones de duelo complicado entendido como trastorno mental (adaptado de Sanz et al., 2020)

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
En el último mes, 3 cualesquiera de los siguientes [1 a 7] síntomas con una gravedad que interfiere con el funcionamiento diario: 1. Recuerdos espontáneos o fantasías intrusivas relacionadas con la relación perdida.	A.2. La respuesta implica preocupación sobre la persona fallecida que es intrusiva y causa malestar (p. ej.,)	B: Malestar de separación. Al menos uno de los siguientes [1 a 3] síntomas diariamente o con un grado intenso o perturbador: B.1. Pensamientos intrusivos relacionados con el fallecido.	B. Anhelo del difunto (anhelo, ansia o añoranza) a diario o con un grado incapacitante	B. Al menos uno de los siguientes síntomas [1 a 4] de duelo agudo intenso y persistente han estado presentes por un período más largo de lo que es esperado por los demás en el contexto social o cultural de la persona: B.4. Pensamientos de preocupación frecuentes sobre la persona que falleció, p. ej., pensamientos o imágenes de la persona interrumpen las actividades usuales o interfieren con el funcionamiento.	B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes [1 a 4] está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo: 3. Preocupación en relación con el fallecido	Una respuesta de duelo persistente y generalizada caracterizada [1] por... o la preocupación persistente sobre el fallecido acompañado de [2]...
3. Ansias o deseos dolorosamente fuertes de que el fallecido estuviera aquí.	(... anhelo, añoranza...)	B.3. Anhelos dolorosamente fuertes de lo que se ha perdido.		B.1. Anhelo o añoranza intensa y persistente por la persona que murió.	1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido	[1] por el anhelo por el fallecido o...

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
2. Rachas o punzadas fuertes de profunda emoción relacionadas con la relación perdida	... o búsqueda).	B.2. Punzadas intensas de malestar de separación.	(...; sufrimiento físico o emocional como resultado de la deseada, pero incumplida, reunión con el difunto) ...	C. Al menos 2 de los siguientes síntomas [1 a 8] están presentes durante al menos 1 mes: C.8. Cambio en el comportamiento debido a (...) búsqueda excesiva de proximidad, p. ej., (...) sentirse atraído por los recordatorios de la persona, tales como querer ver, tocar, oír u oler cosas para sentirse cerca de la persona que murió.		

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
5. Se mantiene excesivamente a distancia de las personas, lugares o actividades que le recuerdan al fallecido.	B. En respuesta a la muerte los siguientes síntomas [1 a 11] son marcados y persistentes: 1. Esfuerzo frecuentes para evitar recuerdos del fallecido (p. ej., pensamientos, sentimientos, actividades, personas, lugares).	C: Síntomas cognitivos, emocionales y conductuales. Cinco o más de los siguientes síntomas [1 a 9] a diario o con un grado intenso y perturbador: C.3. Evitación de los recordatorios de la realidad de la pérdida.	C. Cinco o más de los siguientes síntomas [1 a 9] a diario o en un grado incapacitante: 3. Evitación de los recuerdos de la realidad de la pérdida.	C.1. Rumiación frecuente y perturbadora sobre las circunstancias o las consecuencias de la muerte, p. ej., preocupaciones sobre cómo o por qué la persona murió, o sobre no poder arreglárselas sin su ser querido, o pensamientos de haber dejado caer a la persona fallecida, etc. C. Al menos 2 de los siguientes síntomas [1 a 8] están presentes durante al menos 1 mes: C.8. Cambio en el comportamiento debido a una evitación excesiva (...), p. ej., abstenerse de ir a lugares, hacer cosas, o tener contacto con cosas que son recordatorios de la pérdida.	4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes [5 a 16] están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo: 10. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido).	

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
	2. Sentimientos de futilidad o falta de propósito sobre el futuro.	C.1. Confusión sobre el papel de uno en la vida o sensación disminuida del yo (p. ej., sentir que una parte de uno mismo ha muerto).	1. Confusión sobre el propio papel en la vida o disminución del sentido del yo (p. ej., sentir que un parte de uno mismo ha muerto).		15. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).	
	3. Sensación subjetiva de aturdimiento, indiferencia o ausencia de respuesta emocional.	C.7. Entumecimiento emocional (ausencia de emoción) desde la pérdida.	7. Entumecimiento emocional (ausencia de emociones) tras la pérdida.		6. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación con la pérdida.	
	4. Sentirse anonadado, aturdido o conmocionado.	C.9. Sentirse anonadado, aturdido o conmocionado por la pérdida.	9. Sentirse aturdido, anonadado o conmocionado por la pérdida.	C.3. Sensación persistente de estar conmocionado, aturdido, anonadado o emocionalmente entumecido desde la muerte.		
	5. Dificultad para reconocer la muerte (p. ej., incredulidad).	C.2. Dificultad en aceptar la pérdida.	2. Dificultad para aceptar la pérdida.	C.2. Sentimiento recurrente de incredulidad o incapacidad para aceptar la muerte, como que la persona no puede creer o aceptar que su ser querido ha muerto realmente.	5. Importante dificultad para aceptar la muerte.	(... negación, dificultad en aceptar la muerte,...)

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
4. Sentimientos de estar demasiado solo o personalmente vacío.	6. Sentir que la vida está vacía o no tiene sentido. 7. Dificultad en imaginarse una vida plena sin el fallecido. 8. Sentir que una parte de uno mismo ha muerto.	C.8. Sentir que la vida no le llena, está vacía y no tiene sentido desde la pérdida. C.1. Confusión sobre el papel de uno en la vida o sensación disminuida del yo (p. ej., sentir que una parte de uno mismo ha muerto).	8. Sentir que la vida no le llena, está vacía o no tiene sentido desde la pérdida. 1. Confusión sobre el propio papel en la vida o disminución del sentido del yo (p. ej., sentir que un parte de uno mismo ha muerto).	B.2. Sentimientos intensos y frecuentes (...) de que la vida está vacía o no tienen sentido sin la persona que falleció.	14. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido. 15. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).	(... sentimiento de haber perdido una parte de uno mismo, ...)
	9. Una visión del mundo destrozada (p. ej., pérdida de la sensación de seguridad, confianza o control). 10. Asumir síntomas o conductas perjudiciales de la persona fallecida o relacionadas con ella. 11. Excesiva irritabilidad, amargura o ira relacionada con la muerte.	C.4. Incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida. C.5. Amargura e ira relacionadas con la pérdida.	4. Incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida. 5. Amargura o rabia relacionadas con la pérdida.	C.5. Dificultad persistente para confiar (...) en otras personas. C.6. Experimentar frecuentemente dolor u otros síntomas que tenía la persona fallecida. C.4. Sentimientos recurrentes de ira o amargura en relación con la muerte.	12. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento. 8. Amargura o rabia en relación con la pérdida.	(... ira, ...)

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
7. Pérdida de interés en las actividades laborales, sociales, de cuidado o recreativas hasta un punto desadaptativo.		C.6. Dificultad en continuar con la vida (p. ej., hacer nuevos amigos, proseguir con los intereses).	6. Dificultad para seguir adelante con la propia vida (p. ej., hacer nuevos amigos, proseguir con los intereses)		16. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte. 7. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido. 9. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte (p. ej., autoinculparse).	(... dificultad en participar en actividades sociales o de otro tipo) [2] un dolor emocional intenso (p. ej., tristeza, ...) (... remordimientos, culpa, ...)
				B.4. Pensamientos recurrentes de que es injusto, sin sentido o insoportable tener que vivir cuando un ser querido ha muerto o un deseo recurrente de morir para encontrar o reunirse con el fallecido.	11. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.	

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
4. Sentimientos de estar demasiado solo o personalmente vacío.				B.2. Sentimientos intensos y frecuentes de soledad (...).	13. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.	
				C.5. Dificultad persistente para (...) preocuparse por otras personas o sentirse intensamente envidioso de otras personas que no han experimentado una pérdida similar.		
				C.6. (...) Escuchar la voz o ver a la persona fallecida.		
				C.7. Experimentar una reactividad emocional o fisiológica intensas a los recuerdos de la persona que falleció o a los recordatorios de la pérdida.		
6. Niveles inusuales de interferencia en el sueño.						
Duelo (pérdida de un esposo, otro familiar o pareja íntima) de al menos 14 meses (se evitan los 12 meses por la posible perturbación intensa de una reacción al aniversario).	C. La duración de la alteración [listado de síntomas] es de al menos 2 meses.	D. Duración de al menos 6 meses desde el inicio del malestar por separación.	D. Han transcurrido al menos 6 meses desde la pérdida.	D. La duración de los síntomas y el deterioro es de al menos 1 mes	B y C. Desde la muerte, los síntomas persisten durante al menos 12 meses.	La respuesta de duelo ha persistido durante un período anormalmente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo).

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	Duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008)	Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009)	Duelo complicado (Shear et al., 2011)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013)	Trastorno de duelo prolongado (CIE-11; WHO, 2018)
	D. La alteración causa deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.	La alteración sintomática debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento (p. ej., responsabilidades domésticas). La alteración no es debida a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica general ni se explican mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático.	E. La alteración provoca deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento (p. ej., responsabilidades domésticas). F. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático.	E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales o en otras áreas importantes de funcionamiento, en las que el funcionamiento no se explica mejor como una respuesta culturalmente apropiada. E. (...) el funcionamiento no se explica mejor como una respuesta culturalmente apropiada	D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento. E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad	La alteración causa un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. La respuesta de duelo excede claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo

Trastorno de duelo complicado	Duelo traumático	Trastorno de duelo prolongado	Trastorno de duelo prolongado	Duelo complicado	Trastorno de duelo complejo persistente	Trastorno de duelo prolongado
(Horowitz et al., 1997)	(Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	(Prigerson et al., 2008)	(Prigerson et al., 2009)	(Shear et al., 2011)	(DSM-5; APA, 2013)	(CIE-11; WHO, 2018)
					<i>Especificador</i>	
					Con duelo traumático:	
					Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento	

Comparando las definiciones, es posible identificar 10 síntomas prácticamente comunes a todas ellas: anhelo/añoranza del fallecido, preocupación persistente y recuerdos intrusivos sobre el fallecido, evitación de los recuerdos o recordatorios del fallecido, sentir que la vida está vacía o no tiene sentido, disminución del sentido del yo, dificultad para aceptar la muerte o incredulidad o negación del fallecimiento, dificultad para confiar en los demás, amargura por la pérdida, ira/rabia con la muerte y dificultad en mantener los intereses que se tenían antes del fallecimiento.

Teniendo en cuenta los criterios propuestos por Horowitz (reflejados en la tabla 3.3.) y los de Prigerson, es importante exponer algunas similitudes y diferencias. En el criterio de duración para el trastorno de duelo complicado, los síntomas deben existir durante al menos un mes y catorce meses después del fallecimiento. En el caso del duelo traumático, especifican una duración de dos meses y no definen un espacio temporal con la muerte. Por otro lado, el duelo complicado incluye alteraciones en el sueño, síntoma que el duelo traumático descartó (lo consideraba un síntoma de hiperactividad). El grupo de investigación no encontró evidencias entre el dolor traumático y los trastornos del sueño. Finalmente, encontramos ciertos síntomas en el criterio B del duelo traumático que no aparecen en el trastorno de duelo complicado; a saber: entumecimiento emocional; incredulidad; sentimientos de vacío; dificultad para imaginar una vida satisfactoria; sentir que parte de uno mismo ha muerto; síntomas o conductas dañinas relacionadas con el fallecido; una visión del mundo distorsionada (pérdida de control y confianza) (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000). Los criterios de consenso de Prigerson et al. diferencian entre dos categorías de síntomas (Prigerson et al., 1999; Prigerson y Jacobs, 2001a, 2001b): (1) angustia de separación, por ejemplo, preocupación por los pensamientos del difunto, anhelo y búsqueda del difunto, soledad y (2) angustia traumática, por ejemplo, sentir incredulidad por la muerte, desconfianza, ira, sentirse conmocionado por la muerte y la

experiencia de síntomas somáticos del difunto. Además, debe haber una alteración que cause un deterioro clínicamente significativo. En el caso de Horowitz et al, (1997), diferencian entre tres categorías de síntomas: (1) intrusión, por ejemplo, recuerdos no deseados, desahogo emocional, fuerte anhelo; (2) evitación, por ejemplo, evitar lugares que recuerden al fallecido, entumecimiento emocional hacia los demás; y (3) falta de adaptación de los síntomas, por ejemplo, sentirse solo o vacío, tener problemas para dormir.

Una diferencia principal en la estructura de síntomas de los dos sistemas es el papel de los síntomas de evitación. Mientras que Horowitz et al (1997) consideran la evitación como un criterio importante para el duelo complicado, Prigerson y Jacobs (2001b) eliminaron el elemento de evitación (después de haberlo incluido en una versión anterior), para mejorar la consistencia interna y precisión diagnóstica de la categoría de TEPT. Esto está de acuerdo con un hallazgo de Raphael y Martinek (1997): en contraste con los pacientes con TEPT que evitan los recordatorios del trauma, los pacientes con duelo complicado evitan los recordatorios de la ausencia de la persona y, por lo tanto, buscan activamente recordar a los fallecidos. Además, en su formulación más reciente (por ejemplo, Prigerson y Jacobs, 2001a), los criterios de consenso de Prigerson et al. suponen una duración de los síntomas de más de seis meses para establecer un diagnóstico, mientras que los criterios de Horowitz et al. sugieren que la pérdida debe ser hace al menos 14 meses. Revisiones recientes han reunido evidencia a favor de ambos conjuntos de criterios (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000; Stroebe et al., 2000; Lichtenthal, Cruess y Perigerson, 2004). Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre duelo complicado aplicaron los criterios de Prigerson et al., y han demostrado que (a) el duelo complicado forma un grupo de síntomas unidimensional con los dos subfactores de separación y síntomas traumáticos; (b) los síntomas de duelo complicado han demostrado ser distintos

de los trastornos depresivos y de ansiedad; (c) el duelo complicado predice una morbilidad sustancial como por ejemplo un mayor riesgo de cáncer, problemas cardíacos, mayor consumo de alcohol e ideación suicida; y (d) los síntomas de duelo complicado no responden a los tratamientos antidepresivos (Forstmeier y Maercker, 2007). En contraposición, los estudios que aplican los criterios de Horowitz et al. han demostrado que (a) los síntomas de duelo complicado pueden clasificarse en categorías de intrusión, evitación y falta de adaptación; (b) el duelo complicado ha demostrado ser distinto de la depresión; (c) el diagnóstico de duelo complicado mostró una correlación significativa con respecto a las medidas de psicopatología y reacciones de duelo normales (Langner y Maercker, 2005); y (d) los pacientes con duelo complicado mostraron mejoría después de una terapia cognitiva conductual a través de Internet en comparación con un grupo de control (Wagner, Knaevelsrud y Maercker, 2006).

Fueron Horowitz et al. (1980, 1993b) los que sugirieron la inclusión del síndrome de duelo complicado en el DSM. Lideraron una iniciativa, apoyada por otros (Marwit, 1991; Hartz, 1986) para incluir el duelo complicado como un síndrome de respuesta al estrés en el DSM-IV; sin embargo, en última instancia, se determinó que las pruebas no eran suficientes para justificar su inclusión. El DSM-IV y la CIE-10 se centran en la distinción entre el dolor "normal" y el trastorno depresivo mayor (TDM), pero se niegan a reconocer que el dolor, de antemano, puede ser patológico. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que existe una distinción entre un duelo "normal" y otro más prolongado, principalmente en la fenomenología de la sintomatología, así como en la etiología y en el curso de la misma.

Por su parte Prigerson et al. en el 2009, mostraron la validación psicométrica de un algoritmo de diagnóstico para el trastorno de duelo complicado, concluyendo que el duelo

complicado cumple con los criterios para la inclusión como un trastorno mental distinto, dado que es una forma clínicamente significativa de trastorno psicológico asociado con una discapacidad sustancial. Con estos resultados muestran la importancia de incluir este diagnóstico en las nuevas ediciones del DSM y de la CIE.

Más tarde, Shear et al. en el año 2011 retomaron el interés por la inclusión del diagnóstico como nueva categoría en el DSM-5. Propusieron una serie de criterios diagnósticos para la inclusión del trastorno en el DSM-5 con la ayuda de las investigaciones previas realizadas por otros investigadores (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 2009):

- A. La persona ha estado en duelo, es decir, ha experimentado la muerte de un ser querido, durante al menos 6 meses.
- B. Al menos uno de los siguientes síntomas de dolor agudo intenso y persistente ha estado presente durante un período más prolongado que el esperado en el entorno social o cultural de la persona.
 - 1. Anhelos intensos y persistentes para la persona que murió.
 - 2. Sentimientos de soledad intensos y frecuentes o percepción de una vida vacía o sin sentido sin la persona que murió.
 - 3. Pensamientos recurrentes de que es injusto, sin sentido o insoportable tener que vivir cuando un ser querido ha muerto, o una necesidad recurrente de morir para encontrar o unirse a un difunto.
 - 4. Pensamientos frecuentes sobre la persona que murió, por ejemplo, pensamientos o imágenes de la persona se entrometen en las actividades habituales o interfieren con el funcionamiento.

C. Al menos 2 de los siguientes síntomas están presentes durante al menos un mes:

1. Frecuente y preocupante rumia sobre las circunstancias o las consecuencias de la muerte, por ejemplo, preocupaciones sobre cómo o por qué murió la persona, o sobre no poder vivir sin el ser querido, los pensamientos de haber decepcionado a la persona fallecida, etc.
2. Sentimiento recurrente de incredulidad o incapacidad para aceptar la muerte, como si la persona no pudiera creer o aceptar que su ser querido realmente se ha ido.
3. Sensación persistente de estar sorprendido, aturdido o entumecido emocionalmente desde la muerte.
4. Sentimientos recurrentes de ira o amargura relacionados con la muerte.
5. Dificultad persistente para confiar o preocuparse por otras personas o sentir una profunda envidia de otras personas que no han experimentado una pérdida similar.
6. Experimentar con frecuencia dolor u otros síntomas que la persona fallecida tuvo; escuchar la voz o ver a la persona fallecida.
7. Experimentar una intensa reactividad emocional o fisiológica a los recuerdos de la persona que murió o a los recordatorios de la pérdida.
8. Cambio en el comportamiento debido a la evitación excesiva o al contrario, búsqueda excesiva de proximidad. Por ejemplo, abstenerse de ir a lugares, hacer cosas o tener contacto con cosas que son recordatorios de la pérdida, o sentirse atraído por recordatorios de la persona, como querer ver, tocar, escuchar u oler cosas para sentirse cerca de la persona que murió. (Nota: a

veces las personas experimentan estos dos síntomas aparentemente contradictorios).

D. La duración de los síntomas y el deterioro es de al menos 1 mes.

E. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento, donde el deterioro no se explica mejor como una respuesta culturalmente apropiada.

A pesar de las diferentes terminologías utilizadas a lo largo del tiempo, cabe preguntarse si todas ellas recogen el mismo constructo o, por el contrario, hacen referencia a trastornos diferentes. Recientemente, Maciejewski, Maercker, Boelen y Prigerson en el año 2016 analizaron esta cuestión planteada. La falta de unanimidad se centra principalmente entre dos grupos de investigación destacados en esta área. El de Prigerson propone el concepto de *trastorno de duelo prolongado* mientras que el grupo de Shear habla de *duelo complicado*. Posteriormente, es el DSM-5 el que incluye una nueva terminología para este trastorno al que llama *trastorno de duelo complejo persistente*, el cual podría ser algo intermedio entre los otros dos conceptos propuestos. Para el grupo de Shear, la diferencia entre el duelo normal y el complicado, radica principalmente en la cronicidad y duración de los síntomas normales. En cambio, para el grupo de Prigerson, todos los síntomas del duelo son normales, pero pueden surgir ciertas complicaciones a su alrededor que merecen atención clínica. En este último caso, la patología se atribuye a factores distintos del dolor, por ejemplo, depresión o trauma relacionado con el duelo, que interfiere con los procesos normales. La designación del DSM-5, *trastorno de duelo complejo persistente*, omite el término "dolor", lo que evita patologizar cualquier forma de dolor y, por lo tanto, deja a salvo la suposición de que todo dolor es normal. La afirmación de que el curso de la aflicción, en sí misma, puede

ser patológica en algunos casos, es decir, que algunos procesos de duelo son inherentemente anormales, separa este término de los dos anteriormente descritos. A pesar de las diferencias semánticas, las pruebas de diagnóstico propuestas para los tres términos, apuntan a una única entidad de diagnóstico subyacente. Sin embargo, puede haber diferencias sustanciales entre las pruebas de diagnóstico de los síntomas del duelo complejo persistente, duelo complicado y duelo prolongado, que plantean el riesgo de diluir la evaluación de lo que es en realidad una construcción de un único constructo de duelo. Una diferencia importante en los constructos propuestos por Prigerson y Shear es que la prueba de diagnóstico de síntomas original para trastorno de duelo complicado se ha validado empíricamente. La prueba para evaluar los síntomas propuestos por el grupo de Shear no obtuvo validación empírica (Maciejewski, Maercker, Boelen y Prigerson, 2016). Precisamente el objetivo de Maciejewski, Maercker, Boelen y Prigerson en su estudio fue determinar si las diferencias entre los tres conceptos de duelo propuestos son sustantivas o simplemente semánticas. Así, los resultados indican que no hay una diferencia sustancial entre el trastorno de duelo prolongado (propuesto para incluirlo en la CIE-11) y el trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5); es decir, ambos reflejan el mismo concepto subyacente, son meras diferencias semánticas. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el duelo complicado propuesto por Shear, donde sí existe una diferencia sustancial con los otros dos términos más allá de la meramente semántica.

En definitiva, independientemente del nombre empleado, parece que la mayoría de las denominaciones hacen referencia al mismo constructo, es decir, a un conjunto de reacciones físicas y psicológicas que aparecen tras el fallecimiento de un ser querido y que sobrepasan en duración, intensidad y frecuencia a lo socialmente esperable. Hoy en día los nombres más empleados para hacer referencia a ese constructo son: 1) trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009), cuyos criterios aparecen, aunque con

modificaciones, en la CIE-11 (World Health Organisation-WHO, 2018); 2) duelo complicado, planteado por el grupo de Shear (2011); y 3) TRASTORNO DE DUELO COMPLEJO PERSISTENTE, definición incluida en el actual DSM-5. Sin embargo, el DSM-5 incluye el trastorno dentro de su Sección III, la cual está dedicada a aquellos diagnósticos que requieren aún investigación adicional (APA, 2013).

Por último, a raíz de las consecuencias de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2, el número de fallecidos aumentó considerablemente y por lo tanto el número de dolientes. Con esta situación, es probable que aumente el número absoluto de casos de duelo complicado y que aumente la tasa de prevalencia del 7 % al 10 % entre las personas en duelo. Por ello, la APA ha presentado ya nuevos criterios diagnósticos para el duelo complicado en la versión revisada del DSM-5. En esta ocasión, se denomina trastorno de duelo prolongado y en la tabla 3.4. aparecen las diferencias en cuanto a los criterios diagnósticos comparándolo con el trastorno de duelo complejo persistente del DSM-5. En negrita se muestran resaltados los síntomas comunes a ambas categorías. Esta nueva versión adapta los criterios diagnósticos a los ítems del instrumento PG-13-R, uno de los más utilizados en la evaluación del duelo complicado (Prigerson et al., 2021)

Tabla 3.4. Comparación criterios diagnósticos Trastorno de Duelo Complejo Persistente (DSM-5) y Trastorno de Duelo Prolongado (DSM-5-TR)

Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5)	Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5-TR)
<p>A. El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses.</p>	<p>A. El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses (para niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).</p>
<p>B. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos uno de los siguientes síntomas, casi diariamente o en un grado intenso o perturbador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anhelos perturbadores y fuertes por lo que se ha perdido. 2. Dolor emocional intenso en respuesta a la muerte 3. Preocupación por el difunto 4. Preocupación por las circunstancias del fallecimiento 	<p>B. Desde el fallecimiento, ha experimentado uno o ambos de los siguientes síntomas, en un grado clínicamente significativo, casi todos los días o con mayor frecuencia durante al menos el último mes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anhelo/anhelo intenso por la persona fallecida 2. Preocupación por pensamientos o recuerdos de la persona fallecida (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte)
<p>C. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos seis de los siguientes síntomas, casi diariamente o en un grado intenso o perturbador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades marcadas para aceptar la muerte 2. Aturdimiento 3. Dificultad para evocar recuerdos positivos sobre el difunto 4. Tristeza o ira relacionadas con la pérdida 5. Evaluaciones desadaptativas sobre uno mismo en relación con el difunto o la muerte (por ejemplo, el sentimiento de culpa) 	<p>C. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos 3 de los siguientes 8 síntomas en un grado clínicamente significativo, casi todos los días o con más frecuencia durante al menos el último mes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de la identidad (p. ej., sentir que parte de uno mismo ha muerto) 2. Marcado sentido de incredulidad acerca de la muerte.

**Trastorno de duelo complejo persistente
(DSM-5)**

6. **Evitación excesiva de los estímulos que recuerdan la realidad de la pérdida**
7. Deseo de morir para estar junto al difunto
8. **Dificultad para confiar en otras personas desde la muerte**
9. **Sentir que la vida carece de sentido o está vacía sin el fallecido, o creencia de que uno mismo no puede vivir sin el difunto**
10. **Confusión sobre el propio papel en la vida o disminución del sentido de la propia identidad**
11. **Dificultad o reticencia a perseguir intereses o a hacer planes para el futuro (por ejemplo, amistades o actividades) tras la pérdida**

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

E. La reacción de duelo debe ser desproporcionada o no acorde con las normas culturales, religiosas o adecuadas a la edad.

**Trastorno de duelo complejo persistente
(DSM-5-TR)**

3. **Evitación de recordatorios de que la persona está muerta** (en niños y adolescentes, puede caracterizarse por esfuerzos para evitar recordatorios)
4. **Dolor emocional intenso** (p. ej., ira, amargura, tristeza) relacionado con la muerte (*En el dsm-5 en el criterio b*)
5. **Dificultad con la reincorporación a la vida después de la muerte** (p. ej., problemas para relacionarse con amigos, perseguir intereses, planificar para el futuro)
6. **Entumecimiento emocional** (es decir, ausencia o marcada disminución en la intensidad de la emoción, sensación de aturdimiento) como resultado de la muerte
7. **Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte.**
8. **Soledad intensa** (es decir, sentirse solo o separado de los demás) como resultado de la muerte.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

E. La duración y severidad de la reacción de duelo excede claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo.

**Trastorno de duelo complejo persistente
(DSM-5)**

**Trastorno de duelo complejo persistente
(DSM-5-TR)**

F. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno depresivo mayor, un trastorno de estrés postraumático u otro trastorno mental, ni se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación, alcohol) u otra afección médica.

3.4.3. Comorbilidad

La literatura científica ofrece varios estudios en los que se puede apreciar la comorbilidad entre el duelo complicado y otros trastornos emocionales, especialmente los relacionados con el estrés o la adicción a sustancias (Marques et al., 2013; Moayedoddin y Markowitz, 2015; Parisi, Sharma, Howard y Wilson, 2019). Neria et al., (2007) también apuntan a un mayor consumo de psicofármacos en aquellos dolientes con duelo complicado.

Recientemente, Alonso-Llácer, Lacomba-Trejo y Pérez-Marín (2020), llevaron a cabo un análisis descriptivo con 26 dolientes de primer grado en la Comunidad Valenciana y concluyeron que un gran porcentaje de los dolientes, el 85,7% concretamente, muestran indicadores de duelo complicado, acompañado de una gran presencia de síntomas ansiosos (81,8%) y depresivos (77,2%). Así, el 59,10% de los dolientes, también presentaba sintomatología ansioso-depresiva significativa de manera comórbida con el duelo complicado.

Si nos centramos en una población concreta como son las víctimas del terrorismo, una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en ese colectivo (Sanz et al., 2020), encontró una tasa de prevalencia del duelo complicado del 42% varios años después del atentado. Sin embargo, otro hallazgo importante es precisamente que este trastorno presenta una alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor, al menos en las víctimas del terrorismo. Estos mismos autores concluyen en su investigación que en la actualidad, podemos estimar una alta comorbilidad entre el duelo complicado y el TEPT o TDM, estimada en un 50-65% (porcentaje de allegados de los fallecidos que sufren, aparte de duelo complicado TEPT o TDM). Si bien es cierto, estos hallazgos no nos sorprenden debido a la semejanza sintomatológica (Sanz y García-Vera, 2020).

A continuación, en la tabla 3.5, podemos observar los índices de comorbilidad hallados en diferentes estudios.

Tabla 3.5. Comorbilidad del duelo complicado con el trastorno por estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor (Nakajima, Masaya, Akemi y Takako, 2012)

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Comorbilidad con TEPT (%)	Comorbilidad con TDM (%)
Guerra Civil Kosovar	Morina et al (2010)	23	65,2	65,2
Pacientes que buscan ayuda (sin especificar)	Simon et al (2007)	206	48,5	55,3
Atentados 11-S	Neria et al. (2007)	304	43,3	36,0
Homicidio y accidente de tráfico	Nakajima et al. (2009)	74	21,9	7,8

La investigación ha demostrado que la presencia de duelo complicado se asocia con una importante comorbilidad tanto psiquiátrica como física: presión arterial alta (Prigerson et al., 1997 y 2001), cáncer (Prigerson et al., 1997), problemas cardíacos (Prigerson et al., 1997), úlceras, colitis (Lindemann, 1944), tendencias suicidas (Prigerson et al., 1997) y deterioro generalizado (Prigerson et al., 1997).

3.4.4. Evaluación del duelo complicado

Basándonos en la clasificación de Yi Yi (2015), podemos agrupar los instrumentos

de medida del duelo en tres grandes grupos (Yi Yi, 2015). Sin embargo, dada la gran influencia de los factores culturales en el desarrollo del duelo, tanto normal como complicado, es muy probable que se requiera la construcción o adaptación de pruebas que valoren el duelo de acuerdo a cada cultura (Yi Yi, 2015):

a) **Las escalas generales de evaluación del proceso de duelo.** Dentro de esta categoría podemos referirnos al Texas Revised Inventory Grief (TRIG), Grief Experience Inventory (GEI), Core Bereavement Items (CBI) o el Inventario de Duelo Complicado (ITG o ICG). En estos casos, la mayoría de los ítems fueron desarrollados sobre la base de la literatura científica respecto al tema y a partir de la experiencia clínica de los investigadores.

b) **Las escalas especializadas en el duelo.** Las escalas específicas del duelo son instrumentos contruidos especialmente para una determinada población, siendo ejemplos el Grief Experience Questionnaire (GEQ) dirigido a personas en duelo por el suicidio de un ser querido, el Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB) enfocado hacia el duelo por la pérdida de hermanos durante la infancia o la adolescencia o el Perinatal Grief Scale (PGS), elaborado para determinar el duelo de las mujeres y sus parejas que han sufrido un aborto espontáneo o una pérdida neonatal.

Tanto las escalas generales como las específicas evidencian una gran validez y fiabilidad, especialmente las de reciente construcción. Una de las ventajas ampliamente señaladas de estas escalas es la posibilidad de diagnóstico de población potencialmente en riesgo de complicaciones en su duelo.

c) **Los estudios cualitativos acerca del duelo.** Suponen una forma de acercarse a la persona desde las entrevistas, diarios y grabaciones que luego son codificados y analizados. La ventaja principal de los estudios cualitativos es su capacidad para informar

de las reacciones singulares de los individuos o grupos culturales ante la pérdida. Pero también su desventaja mayor reside en la dificultad de obtener datos replicables que permitan demostrar la eficacia de determinadas intervenciones.

Por su parte, Neimeyer, Hogan y Laurie (2008) y Tomita y Kitamura (2012) llevaron a cabo una revisión de los principales instrumentos de evaluación del duelo complicado y destacan un total de 12, siendo algunos de ellos revisiones o versiones abreviadas de otros publicados previamente: el Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995a), el Inventory of Complicated Grief Revised (Prigerson et al., 2001b), el Inventory of Traumatic Grief (Prigerson et al., 2001b), el Texas Inventory of Grief (Faschingbauer et al., 1977), el Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer, 1981), el Expanded Texas Inventory of Grief (Zisook et al., 1982), el Grief Experience Inventory (Sanders et al., 1985), el Hogan Grief Reaction Checklist (Hogan et al., 1981), el Core Bereavement Items (Burnett et al., 1997), la Grief Measurement Scale (Jacobs et al., 1986a, b; Prigerson et al., 1995b), la Grief Evaluation Measure (Jordan et al., 2005) y el Present Feeling about Loss (Singh y Raphael, 1981).

Sin embargo, de todos los instrumentos arriba indicados, el Inventory of Complicated Grief (ICG) o Inventario de Duelo Complicado en castellano (de ahora en adelante IDC) ha sido, con diferencia, el más utilizado por la comunidad científica. Sanz et al. en 2018, realizaron una búsqueda bibliográfica en la base de datos PsycINFO con los nombres de los instrumentos en el campo de “pruebas y medidas” y encontraron que en 386 publicaciones se había utilizado el IDC. Replicando esa misma búsqueda 3 años después y comparándola con el resto de los instrumentos, encontramos nuevamente una diferencia significativa, pues existen 429 publicaciones que utilizan este instrumento con población adulta. Quizá, uno de los motivos de la fama del IDC radique en que cubre un

gran número de síntomas de las principales definiciones de duelo complicado.

El IDC, aparte de ser el instrumento más utilizado para la evaluación de los síntomas de duelo complicado, también es uno de los principales instrumentos validados en lengua castellana para tal fin. Esta escala fue diseñada para centrarse en los síntomas que son característicos de duelo complicado y en la sintomatología asociada a los problemas de salud y a sus efectos en la salud mental de las personas. Consta de 19 preguntas y ofrece una alta consistencia interna mostrando una alfa de Cronbach de .94 y la fiabilidad test-retest de .80 después de seis meses. Una puntuación superior a 25 es un indicador de presencia síntomas de duelo complicado. El IDC evalúa síntomas de duelo complicado tales como anhelo intenso y preocupación por el difunto, ira y amargura por la pérdida, shock e incredulidad, distanciamiento de los demás, alucinaciones del difunto y cambio de comportamiento, incluyendo la evitación o la búsqueda de proximidad de la persona difunta. Quizá, precisamente uno de los motivos de la popularidad de este instrumento sea que, a la hora de evaluar, cubre un número importante de criterios sintomáticos de las principales definiciones de duelo complicado.

Por último, en 2020, Treml, Kaiser, Plexnies y Kersting realizaron una revisión exhaustiva de los instrumentos de evaluación del duelo complicado existentes en la actualidad y llegaron a conclusiones importantes. Realizaron una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Web of Science. En total, revisaron 2.215 publicaciones, 29 de las cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad, aunque si bien es cierto, se han incluido solo publicaciones en inglés. De esta revisión, podemos obtener las siguientes conclusiones: 1) Once instrumentos demostraron excelente o buena confiabilidad y validez. Estos instrumentos son: Inventario de Duelo Complicado (ICG), SCID – NP complicated grief module for DSM-II, Inventory of Traumatic Grief (ITG),

Brief Grief Questionnaire (BGQ), Complicated Grief Questionnaire for People with Intellectual Disabilities, PG-13, The Persistent Complex Bereavement Inventory (PCBI), SCI-CG for DSM-5, The two-track bereavement questionnaire for complicated grief (TTBQ-CG31), The Indicator of Bereavement Adaptation-Cruse Scotland (IBACS) y Traumatic grief inventory self-report version (TGI-SR). 2) Tres de las once herramientas revisadas son entrevistas clínicas estructuradas, una de ellas es un instrumento basado en la evaluación del cuidador y las restantes son cuestionarios de autoinforme. 3) Ningún instrumento evalúa completamente los criterios diagnósticos actuales para duelo prolongado descrito en la CIE-11. 4) Tres de los instrumentos revisados, evalúan todos los criterios de diagnóstico para Trastorno de Duelo Complejo Persistente del DSM-5. 5) Solo el Traumatic grief inventory self-report versión (TGI-SR) proporciona un algoritmo de diagnóstico adecuado y probado empíricamente.

3.4.5. Factores de riesgo del duelo complicado

En la literatura científica, encontramos diferentes estudios que analizan los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado ante el fallecimiento de un ser querido. Sin embargo, los resultados varían en función del estudio revisado. A continuación, se recoge un resumen de los factores predominantes:

- **Factores sociodemográficos:** el sexo femenino vuelve a ser uno de los factores frecuentemente relacionado con el duelo complicado (Echeburúa y Corral, 2001; Kersting et al., 2011; Lobb et al., 2010; Neria et al., 2007).
- **La personalidad del doliente:** rasgos de personalidad relacionados con perfiles dependientes emocionalmente, obsesivos, con mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y/o con estrategias de afrontamiento inadecuadas, se asocian con un mayor riesgo (Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010).

- **Historia previa de pérdidas o traumas:** experimentar otras pérdidas recientes o muchas a lo largo de su vida y, sobre todo, cuando la reacción a ellas ha sido especialmente intensa o duradera (Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010).
- **Antecedentes psicopatológicos:** especialmente haber sufrido trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (Echeburúa y Corral, 2001). Teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial del duelo complicado con el trastorno depresivo, trastornos de ansiedad o trastorno de estrés postraumático, se ha encontrado al menos un factor de riesgo específico. Vanderwerker, Jacobs, Parkes, y Prigerson (2006) han demostrado que la ansiedad por separación en la niñez, predice de manera única el duelo complicado, pero no el resto de trastornos mencionados.
- **Vínculo entre el doliente y la persona fallecida:** la pérdida de un cónyuge o de un hijo especialmente, están relacionadas con reacciones de duelo complicado más intensas y duraderas (Fujisawa et al., 2010; Kersting et al., 2011; Villaceros, Magaña, Bermejo, Carabias y Serrano, 2012).
- **Circunstancias que rodean a la pérdida:** las muertes súbitas e inesperadas junto con las violentas y el suicidio, aumentan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado (Echeburúa y Corral, 2001; Fujisawa et al., 2010; Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010; Neria y Litz, 2004).
- **Variables psicosociales:** como por ejemplo una situación económica precaria y tener personas dependientes a cargo (Echeburúa y Corral, 2001).
- **El apoyo social:** factor que, con su presencia, actúa como un importante factor protector (Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010).

Por último, a todos estos factores, podríamos añadir uno más en los casos de familiares de víctimas de atentados terroristas, pues parece existir una asociación entre haber vivenciado los ataques a través de la televisión y la presencia de reacciones de duelo complicado (Neria et al., 2007). En la tabla 3.6 se presenta un resumen de los factores de riesgo en función de los investigadores que los han examinado o propuesto.

Tabla 3.6. Resumen de factores de riesgo para el duelo complicado en función de los investigadores que los han examinado o propuesto.

Del Pino, Pérez y Ortega (2003)	Cabodevilla (2003)	Echeburúa y Corral (2001)	Echeburú y Herrán (2007)
<p>Particularidades del acontecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Súbito o de ocurrencia inesperada b) Implicación/participación del doliente c) De naturaleza absurda o vivido como injusto d) Posibilidad de ver/despedirse del cadáver e) Acumulación de pérdidas f) Circunstancias extraordinarias concurrentes 	<p>Circunstancias alrededor de la muerte: repentina o inesperada, traumática, múltiple o bien la pérdida de un niño.</p>	<p>Inestabilidad emocional previa del paciente: depresión o trastornos de ansiedad, rasgos de personalidad problemáticos (obsesivos o dependientes emocionalmente).</p>	<p>Estrategias de afrontamiento negativas y problemáticas en el proceso de duelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta. b) Sentimientos de culpa. c) Emociones negativas de ira o de odio. d) Abandono del cuidado personal. e) Aislamiento social. f) Consumo excesivo de alcohol o drogas. g) Abuso de medicinas.

Del Pino, Pérez y Ortega (2003)	Cabodevilla (2003)	Echeburúa y Corral (2001)	Echeburú y Herrán (2007)
<p>Particularidades del difunto y del vínculo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Edad b) Sexo c) Tipo del vínculo: parentesco, rol ejercido, límites, jerarquía... d) Intensidad del vínculo: instigador, existencia de ambivalencia... e) Momento de la relación: cambio de contrato, diferenciación... 	<p>La relación con la persona fallecida: ambivalente, simbiótica o de gran dependencia.</p>	<p>Experiencia negativa de pérdidas anteriores: pérdidas recientes y la reacción ante las mismas ha sido intensa o duradera.</p>	
<p>Particularidades del doliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Biografía personal: pérdidas previas, trastornos... b) Momento del ciclo vital personal y familiar c) Situación de crisis simultánea: enfermedades... d) Apoyo social y entorno cultural e) Educación, valores y creencias religiosas f) Situación económica 	<p>Las características del deudo: pérdidas previas no resueltas, antecedentes psicopatológicos, falta de habilidades sociales o baja autoestima.</p>	<p>Variables psicosociales: situaciones económicas precarias y problemas familiares.</p>	

Del Pino, Pérez y Ortega (2003)	Cabodevilla (2003)	Echeburúa y Corral (2001)	Echeburú y Herrán (2007)
	Las características sociodemográficas: falta de apoyo social, problemas económicos y/o familiares.	Ser mujer, niños de 3 a 5 años, adolescentes, viudos y viudos con hijos pequeños y escaso apoyo social.	

Recientemente, en la revisión que realizan Llácer, Campos, Martín y Marín (2019), encontramos la siguiente clasificación de factores de riesgo para el duelo complicado:

- En relación con la persona doliente:
 - La edad: si es joven o más mayor, el riesgo se incrementa.
 - El afrontamiento pasivo ante pérdidas anteriores o connotaciones depresivas.
 - Enfermedad, tanto física como mental.
- Características asociadas a la enfermedad o al fallecimiento:
 - Muerte repentina o directamente por suicidio.
 - La duración de la enfermedad, tanto si dura mucho como si dura muy poco.
 - Muerte incierta o la falta de visualización de la persona fallecida.
 - Enfermedad donde no hay un control de síntomas y el sufrimiento del ser querido es muy grande.
- Aspectos relacionales:
 - Falta de apoyo social.
 - Bajo nivel de comunicación con la red de apoyo.
 - Poca posibilidad de expresar la pena o incapacidad para hacerlo.
- Otros factores:

- Duelos previos no resueltos.
- Pérdidas múltiples.
- Crisis concurrentes.

Por último, en una revisión aún más reciente llevada a cabo por Parro-Jiménez et al. (2021) donde analizaron la literatura científica en relación con el duelo complicado en población adulta de España, extrajeron un conjunto de factores de riesgo comunes a los 12 estudios revisados en su artículo:

1. **Variables sociodemográficas:** a diferencia de los datos hallados en estudios previos, solamente un estudio encontró un porcentaje mayor en mujeres que en hombres. El resto de estudios no apreciaron diferencias significativas en función del sexo. En cuanto a la edad, dos estudios señalan que no existe una relación significativa entre la edad del doliente y el desarrollo de duelo complicado y otros dos, no encuentran diferencias significativas en esta variable. Por el contrario, sí se observa una diferencia significativa inversa entre la edad del fallecido y la sintomatología de duelo complicado. Prestando atención a nivel de estudios, solo un estudio encontró que tener un nivel de educación secundaria, supone un factor protector para el desarrollo de esta psicopatología. La relación está más clara y consistente en cuanto a la situación económica, pues los estudios indican que una peor situación económica y situaciones de desempleo, se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar duelo complicado.
2. **Parentesco:** de los 12 estudios revisados, 3 encuentran que los cónyuges o los progenitores, presentan niveles de duelo complicado más elevados ante la pérdida, que otros familiares. Otro estudio refleja que la variable relevante es la pérdida del

hermano y otros dos no encuentran relación en esta variable. Lo que sí se ha demostrado es que la intensidad del vínculo con la persona fallecida, es un importante factor de riesgo.

3. **Tipo de muerte y tiempo desde el fallecimiento:** un estudio encuentra relación entre la muerte de tipo traumático y el desarrollo del duelo complicado; otro no. Asimismo, otra investigación demuestra que el hecho de no poder despedirse del fallecido y que este muera fuera del hogar, tiene un efecto importante en la sintomatología de duelo complicado. Respecto a los cuidados paliativos, cuanto más tiempo pasa el fallecido en esta situación, menor sintomatología y mejor adaptación a la muerte, a los dos meses de la pérdida. Por el contrario, aquellos fallecimientos tras una enfermedad en la que no han podido formar parte de los cuidados paliativos, tienden a relacionarse con duelo complicado. Finalmente, la variable *tiempo desde el fallecimiento*, muestra datos contrarios, pues dos estudios apuntan a que el paso del tiempo favorece el duelo complicado, mientras que otros dos, no, y otro no encuentra diferencias. El estudio de Barreto et al., (2008) encuentra una estabilidad de los síntomas a los 2 y 6 meses.
4. **Variables psicológicas:** dos estudios encuentran una relación significativa entre la psicopatología previa y el desarrollo de duelo complicado. La mayoría se centran en la estrecha relación con la sintomatología depresiva, aunque también se encuentra correlación con la sintomatología ansiosa y abuso de sustancias. Solamente un estudio muestra relación entre el duelo complicado y la sintomatología de estrés postraumático. A pesar de estas conclusiones, uno de los estudios revisados por Sanz et al., no encuentra relación alguna entre los antecedentes psicológicos y el duelo complicado. Por último, la presencia de duelos anteriores no resueltos también

muestra relación con la sintomatología de duelo. Asimismo, las estrategias de afrontamiento centradas en emociones o en aceptar la situación con resignación, se asocian con un mayor riesgo de duelo complicado, en contraposición a aquellas estrategias centradas en la resolución y en la búsqueda de actividades agradables o trascendencia.

5. **Apoyo social:** se encuentra una relación negativa entre el duelo complicado y el apoyo social en tres estudios de los doce analizados. Los resultados coinciden con los datos que aportábamos al inicio de este apartado.

3.5. El duelo traumático

El dolor traumático tendría una relación genérica con el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo en el sentido de que todos ocurren después de un evento o experiencia estresante en la vida de una persona y tienen síntomas como resultado de esa exposición (American Psychiatric Association, 1994).

Los teóricos e investigadores recientemente se mueven en dos enfoques. Por un lado, aquellos que tratan de averiguar los vínculos conceptuales entre el dolor y el trauma (Green, 2000; Pfefferbaum et al., 2001; Stroebe, Schut, y Finkenauer, 2001), mientras que otros intentan desarrollar una nueva categoría diferente, denominada *duelo traumático*.

El término duelo traumático se ha usado indistintamente con duelo patológico, duelo anormal, duelo atípico o duelo complejo. De hecho, Jacobson utilizó el término duelo traumático para referirse también a esas reacciones de duelo que se complican en cuanto a la intensidad, frecuencia o duración de los síntomas. Sin embargo, desde los atentados del 11-S, el término *duelo traumático* se ha reservado para definir la reacción psicológica que

aparece tras un evento traumático y la consiguiente pérdida de un ser querido como consecuencia del mismo (Ray y Prigerson, 2007).

Raphael (1997) muestra las diferencias entre el trauma y el duelo ante una misma situación. Propone por ejemplo que, tras un evento traumático, ambos constructos presentan recuerdos y pensamientos intrusivos, pero en el caso del trauma se centran en aspectos negativos del evento mientras que en el duelo pueden ser aspectos tanto positivos como negativos de la persona fallecida. Con respecto a los síntomas de ansiedad también encontramos diferencias. En el caso del trauma, se focalizan en el miedo y la amenaza, mientras que en el caso del duelo se centra en síntomas de ansiedad por separación de la persona fallecida. Además, en el primer caso los afectados se aíslan socialmente mientras que los dolientes buscan el apoyo social y emocional. Sin embargo, hay autores como Brom y Kleber (2000) que sugieren que no sería necesario distinguir entre la respuesta sintomática a un evento traumático y a la pérdida de un ser querido. Es decir, estos autores no muestran una distinción en la base de la experiencia vivida.

En el caso de Horowitz et al. (1997) y Figley et al. (1997), han sostenido que las reacciones de duelo son paralelas a las reacciones de estrés traumático. Sin embargo, hasta hace relativamente poco, el dolor traumático se abordaba exclusivamente como un trauma o como una pérdida. Los expertos en trauma no reconocían los problemas que supone la pérdida y los expertos en duelo pasaban por alto el papel de la situación traumática que provocó las circunstancias de la muerte.

Autores como Armour o Rock (2002; 1998) han encontrado factores de riesgo de desarrollo de duelo traumático tras un asesinato. Destacan el shock vivido, la incredulidad y el sentimiento de injusticia legal y social/humanitaria sufrida. En la misma línea, Rando

(1993) considera traumáticas las siguientes maneras de morir:

- 1) Muertes repentinas o sin previo aviso.
- 2) Muertes prematuras, incluyendo la de un hijo a cualquier edad.
- 3) Muertes violentas, con mutilaciones o destrucciones.
- 4) Situaciones que impliquen varias muertes.
- 5) Muerte entendida por un proceso aleatorio.
- 6) Muertes previstas como innecesarias o prevenibles.
- 7) Muertes que implican amenaza a la propia vida.

En el caso de los atentados terroristas, muchos de ellos engloban más de una de las opciones anteriormente mencionadas. Rando describe la reacción a una muerte repentina o inesperada así: *es una situación que deja al doliente aturdido, sintiéndose fuera de control y confundido, incapaz de comprender todas las implicaciones de la pérdida, percibida por lo tanto como inexplicable, increíble e incomprensible. El doliente se muestra desconcertado, ansioso, inseguro, deprimido y desesperado. Está en shock emocional y fisiológicamente; además estas reacciones persisten durante un tiempo prolongado* (Rando, 1996, p. 145). Encontramos además una serie de factores adicionales que complican el proceso de duelo tras una muerte traumática: 1) la idea de que el mundo es un lugar seguro y predecible se desmorona y pasa a ser un sitio peligroso donde el doliente se siente vulnerable; 2) el doliente experimenta una profunda inseguridad y falta de confianza que afecta a todas las áreas de su vida incrementando la ansiedad a diferentes niveles; 3) el doliente trata por todos los medios de reconstruir lo sucedido, intentando comprender la muerte; 4) existe una dificultad para

cerrar el suceso ya que no ha habido oportunidad de despedida del ser querido; 5) el doliente muestra reacciones emocionales más intensas tales como ira, ambivalencia, culpa, desesperanza, ansiedad y una gran necesidad de encontrar sentido a la muerte y culpable de lo sucedido; 6) debido a la falta de anticipación de lo sucedido, el doliente puede sufrir otras pérdidas secundarias, por ejemplo económicas; y 7) el fallecimiento puede provocar un diagnóstico de TEPT.

Stroebe et al. (2001) describieron varios escenarios sobre la interacción entre el duelo y el trauma que se muestran en la comunidad científica. Uno de estos, se centra en la fenomenología de la reacción de duelo, más que en el tipo de evento que lo provoca, y postula que el duelo y el trauma deben ser distintos (Pynoos, Nader, Frederick, Gonda y Stuber, 1987; Raphael y Martinek, 1997). Otra posición, establece que el duelo debe considerarse por sí mismo un evento traumático y por lo tanto el duelo complicado debe instalarse dentro del TEPT (Figley, Bride y Mazza, 1997). Un tercer enfoque, considera la superposición entre ambos términos (duelo y trauma), y propone que se desarrolle la categoría de duelo traumático, basándonos en la naturaleza del evento que provoca la muerte (Green, 2000; Rando, 2000). Finalmente, tenemos un último enfoque que considera que el duelo patológico es una consecuencia tanto de los duelos traumáticos como no traumáticos (Horowitz et al., 1997; Jacobson, 1993; Prigerson y Jacobs, 2001a).

Por su parte, Neria (2004) explica que inicialmente, no se han tenido en cuenta los aspectos biopsicosociales que rodean a la pérdida por causas traumáticas. Es decir, el estudio de las reacciones traumáticas y de las reacciones a las pérdidas, han llevado caminos distintos en la mayor parte de la historia de la investigación, a pesar de que ambos fenómenos tengan varios aspectos en común. Algunos autores, han argumentado que el término debería

emplearse para describir la experiencia de haber perdido a una persona significativa a través de una situación considerada traumática, es decir, repentina, violenta o accidental (Raphael y Martinek, 1997; Stroebe, Schut y Finkenauer, 2001). De hecho, varios autores concluyen que el concepto de duelo traumático parece describir exclusivamente un conjunto único de síntomas que aparecen en aquellas personas que pierden a un ser querido por circunstancias traumáticas (Prigerson et al., 1999b; Prigerson y Jacobs, 2001; Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000). Es posible que la dificultad resida especialmente en que los supervivientes al evento, tienen que lidiar con el afrontamiento del trauma, junto con el estrés resultante del fallecimiento del ser querido y el consiguiente proceso de duelo. Sin embargo, manejar el estrés implica en muchas ocasiones una importante interferencia en el proceso de elaboración del duelo (Raphael y Martinek, 1997).

El término duelo traumático se origina por tanto en respuesta a la realidad clínica en la que el duelo ocurre bajo circunstancias traumáticas y se mezclan síntomas de TEPT y de duelo complicado. Este concepto pone la atención en las circunstancias en las que se origina la pérdida. Sin embargo, el consenso en la comunidad científica sobre su diagnóstico e intervención aún sigue siendo algo difícil de alcanzar. Ciertamente, a pesar de que el DSM-5 rechazó la inclusión de la categoría de duelo complicado como un trastorno propiamente dicho al incluirlo en la sección III, sí insiste en especificar si “con duelo traumático”. Sin embargo, por su parte la CIE-11, incluye el término *duelo complejo persistente*, pero excluye las circunstancias traumáticas que pueden rodear a la pérdida (Simon, Malkinson y Witztum, 2020).

Como vemos, la interacción entre duelo y trauma es compleja pero la literatura científica ha reflejado su existencia. Por ejemplo, en una investigación en la que se evaluaron

a adultos que vivieron los atentados del 11-S aproximadamente 3 años después (aunque no estuvieron físicamente presentes), el 43% tenía duelo complicado y TEPT de manera comórbida (Neira et al., 2007).

Son pocos los estudios que analizan el duelo traumático en víctimas supervivientes a un evento traumático o familiares de fallecidos en él. En un esfuerzo por determinar el número de personas que sufrían esta patología tras los atentados de Oklahoma en 1995, Pfefferbaum et al. (2001) recogieron una muestra de 40 víctimas que perdieron familiares cercanos, amigos y conocidos en el bombardeo ocurrido en 1995 en el edificio Alfred P. Murrah en la ciudad de Oklahoma. Sus resultados muestran una fuerte asociación entre los síntomas de estrés postraumático y el duelo. Demuestran en su estudio que el duelo es un potente predictor de la sintomatología de TEPT, explicando aproximadamente la mitad de la varianza. Además, la relación entre el duelo y la dificultad para funcionar fue más fuerte cuanto más alto fueron los niveles de estrés postraumático. Estos resultados, por lo tanto, apoyan la construcción de la categoría de duelo traumático y tienen implicaciones importantes para el tratamiento. Sin embargo, los resultados son insuficientes para extraer conclusiones generales.

En la segunda edición de la Enciclopedia del estrés publicada por Fink en el año 2007, se expone que el duelo traumático es un término relativamente nuevo, que aparece tras el fallecimiento de una persona querida y que combina síntomas similares al TEPT, pero focalizados en la pérdida. Entre ellos se encuentra la preocupación por el difunto, síntomas de hipervigilancia en relación con la búsqueda de señales asociadas a la persona fallecida, deseos de reunirse con el difunto, síntomas asociados a la ansiedad por separación, pensamientos negativos sobre el futuro y el mundo que le rodea, dificultades de aceptación,

emociones asociadas a la ira y deterioro del funcionamiento social. En su revisión de la literatura científica, analiza estudios en los que los dolientes eran los cónyuges cuidadores que perdieron a su pareja por una enfermedad terminal, adultos jóvenes que perdieron a un amigo por suicidio y padres que sufrieron la muerte de un hijo en un accidente de tráfico. Tras su examen, extrae dos bloques de síntomas comunes: 1) ansiedad por separación (preocupación por el difunto, anhelo, búsqueda de la persona fallecida y sentimientos de soledad) y 2) ansiedad de tipo traumático (malestar tras la pérdida, evitar recuerdos dolorosos del difunto, futuro interrumpido, sentir que una parte de uno mismo se ha ido con el ser querido fallecido, entumecimiento y asilamiento, visión del mundo negativa, sentimientos de conmoción y aturdimiento, incredulidad sobre lo sucedido, sentimientos de vacío, asumir síntomas o conductas perjudiciales y sentimientos de amargura) (Neria, 2004). En consecuencia, los síntomas de duelo traumático engloban síntomas de duelo intensos y que generan un importante malestar, junto con síntomas de TEPT, al menos durante 6 meses o más, y que provocan deterioro en las principales áreas de funcionamiento del doliente. Ya Boelen, van den Bout y de Keijser (2003) habían desarrollado un instrumento de evaluación, el Inventario de Dolor Traumático, que diferencia el dolor traumático de la depresión y la ansiedad relacionadas con el duelo.

Por su parte, Silverman et al., publicaron en el año 2000 una investigación cuyo objetivo fue examinar las consecuencias del duelo traumático en la salud física y psicológica de aquellos que lo padecían. Este estudio es el primero en utilizar un instrumento diagnóstico de duelo traumático basado en los criterios consensuados (The Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss - TRGR2L). Además, es el primero en examinar el deterioro en la calidad de vida de aquellos dolientes diagnosticados de duelo traumático. Los resultados muestran

que el 18% de los dolientes cumplen criterios diagnósticos para el duelo traumático, habiendo sufrido la pérdida una media de 4 meses antes. Ese 18% presentaba peores tasas de calidad de vida, controlando el sexo, la edad, el tiempo desde el fallecimiento y el diagnóstico de TEPT y trastornos depresivos. Un diagnóstico de duelo traumático se asoció significativamente con menores niveles de funcionamiento social, peores puntuaciones en salud mental (esta es la asociación más potente) y niveles de energía más bajos. En cada uno de estos dominios, se descubrió que el duelo traumático es un mejor predictor del deterioro en las diferentes áreas de la vida de los dolientes, que el episodio depresivo mayor o el trastorno de estrés postraumático. En la misma línea, los resultados de este estudio indican que la mayoría de los sujetos (63%) que cumplían criterios diagnósticos de duelo traumático, no los cumplían para el TEPT; igualmente pasaba con aquellos diagnosticados de trastorno depresivo mayor. Estos datos apoyan la hipótesis de establecer una categoría diferente para el duelo traumático.

Sin embargo, el estudio de Silverman et al., presenta algunas limitaciones que nos inducen a usar con precaución las conclusiones obtenidas. Así, se trata de un estudio transversal y, por lo tanto, no podemos determinar si el diagnóstico de duelo traumático predice una calidad de vida deteriorada o viceversa. Además, el tamaño de la muestra es relativamente pequeño limitando el poder estadístico de los resultados. Por último, 4 meses como media tras el fallecimiento, puede ser una medida demasiado temprana para distinguir los síntomas normales de duelo de los propiamente traumáticos o patológicos.

3.6. Intervención en pacientes con duelo complicado

Tras los atentados del 11-S se puso en marcha la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés), con el objetivo de intervenir con los niños y

adolescentes que presentaban múltiples traumas tras los atentados. Los resultados mostraron una tasa de mejora en comparación con otros grupos de menores que también habían vivido otras situaciones traumáticas y recibieron otros tratamientos.

Por su parte, el grupo de Shear et al., (2001) no encontraron datos esclarecedores acerca de la superioridad del tratamiento de exposición (dentro de la terapia cognitivo-conductual) frente a la evitación o cualquier otro tratamiento en aquellos individuos que sufren duelo traumático. Sin embargo, Regehr y Sussman (2004) extraen una serie de datos más alentadores: 1) aquellos con problemas de relación no resueltos con el fallecido pueden beneficiarse más de una terapia relacional; 2) la terapia cognitivo-conductual dirigida a la reestructuración cognitiva y el manejo de los síntomas parece ser efectiva; y 3) las personas con duelo traumático pueden experimentar una mayor angustia en la terapia de exposición. Dependiendo de la naturaleza del malestar, una combinación de la terapia relacional dirigida a resolver la ambivalencia relacional con la persona fallecida y a desarrollar un nuevo sentido de sí mismo, junto con un enfoque cognitivo-conductual dirigido a reducir los síntomas de intrusión, ansiedad y evitación, ha demostrado efectos positivos en el doliente.

Posteriormente, un metaanálisis exhaustivo en el que se analizaban 61 tratamientos de duelo encontró que las psicoterapias activas producían reducciones de pequeñas a moderadas en los síntomas del dolor (por ejemplo, anhelo por el fallecido) en comparación con las condiciones de control (sin tratamiento); sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, no hubo diferencia, entre los resultados para las condiciones de tratamiento y control. De lo que podemos deducir que el dolor de los participantes mejora con el tiempo en lugar de empeorar (Currier, Neimeyer, y Berman, 2008). Las terapias de duelo generalmente no mostraron ningún beneficio duradero para las reacciones normativas de duelo. En consecuencia, hay un

creciente consenso en el campo de las intervenciones dirigidas a corregir las reacciones de duelo normales en el que se concluye que están contraindicadas (Bonanno y Lilienfeld, 2008; Neimeyer, 2000). Incluso los defensores del tratamiento para el duelo normal han advertido que los metaanálisis indican que los tratamientos de duelo aplicados universalmente son probablemente ineficaces (Hoyt y Larson, 2010). Aunque hay cierto debate sobre la conveniencia de ofrecer tratamiento a individuos que muestran reacciones normales de duelo, el metaanálisis de ensayos de terapia de duelo de Currier et al. (2008) mostró beneficios claros, sustanciales y duraderos, pero solo para un subconjunto de individuos, precisamente aquellos que sufren un dolor severo y una prolongación de su sintomatología (Jordan y Litz, 2014).

Los metaanálisis y revisiones acerca de las intervenciones en duelo complicado de manera presencial, han mostrado resultados inconsistentes. Por ejemplo, mientras que las intervenciones preventivas, es decir, las dirigidas a frenar el empeoramiento de los síntomas normales de duelo, fueron en gran medida ineficaces (Wittouck, et al. 2011; Currier, Neimeyer y Berman, 2008), las intervenciones dirigidas específicamente a los síntomas de duelo complicado han producido mejores resultados en el tratamiento (Wittouck, et al. 2011). El metaanálisis más reciente (Johannsen, et al., 2019) analizó 31 estudios y los autores encontraron efectos pequeños pero significativos de las intervenciones psicológicas para los síntomas de duelo complicado (g de Hedge = .40).

Sin embargo, el número de personas en duelo que buscan ayuda o tratamiento psicológico es relativamente bajo. Currow et al. (2008) examinaron esa naturaleza de búsqueda de ayuda tras una muerte inesperada en una muestra australiana ($n=6.034$), y solo el 1,5% buscó ayuda de un médico o enfermera; el 2,2% contactó con un consejero de duelo;

y el 1,9% contactó con un consejero espiritual. Otra encuesta de adultos en duelo por suicidio y otro tipo de muertes inesperadas en Reino Unido, encontró que solo el 13% de los participantes había recibido apoyo profesional. Parece ser que las barreras más comunes que frenan a los dolientes a buscar ayuda son: el dolor que produce hablar sobre la experiencia vivida (Andriessen et al., 2018), la creencia de que es demasiado difícil encontrar ayuda (Lichtenthal et al., 2015) o el miedo a la estigmatización, especialmente en los dolientes por suicidio (Pitman et al., 2016).

Recientemente, Simon, Malkinson y Witztum (2020) expusieron que actualmente el modelo de evaluación e intervención en pacientes con duelos traumáticos a menudo priorizan el trauma y pasan por alto la importancia de la pérdida. Proponen un modelo bifocal en la intervención, donde, por una parte, se examine el funcionamiento biopsicosocial y los síntomas del trauma y, por otra, se ponga el enfoque en la relación con el difunto y la historia de la muerte.

Este modelo ayuda al profesional a identificar las respuestas más o menos adaptativas relacionadas con la pérdida y focalizar las intervenciones de manera óptima donde sea necesario.

Por su parte, Wagner, Rosenberg, Hofmann y Maass (2020), llevaron a cabo una revisión sistemática y un metanálisis sobre las intervenciones a través de Internet en pacientes con duelo complicado. Tras la búsqueda bibliográfica, identificaron 7 estudios con un total de 1.257 dolientes. Todas las intervenciones a través de Internet, estaban basadas en la terapia cognitivo conductual y, en comparación con los grupos de control, las intervenciones mostraron efectos de moderados a grandes para la remisión de los síntomas del duelo complicado y del TEPT.

En el estudio, Wagner, Rosenberg, Hoffman y Maass (2020) analizaron siete estudios con el objetivo de investigar la efectividad de las intervenciones de duelo basadas en Internet. Todos los estudios incluidos utilizaron un enfoque basado en la terapia cognitivo conductual (módulos de exposición, reestructuración cognitiva, activación conductual, etc.). En sus resultados vemos que los efectos de las intervenciones a través de Internet sobre la reducción de los síntomas de duelo complicado fueron prometedores, con tamaños del efecto moderados (g de Hedge = .54), hecho que también se mantuvo estable durante el seguimiento 3 meses después. Los resultados son similares a los obtenidos previamente por Wittouck et al. (2011) con intervenciones presenciales para el tratamiento de duelo complicado, arrojando un tamaño del efecto de .53.

Todos los estudios revisados evaluaron los síntomas de duelo complicado, TEPT y depresión en respuesta a la pérdida. El tamaño del efecto más grande y sólido se encontró para los síntomas de TEPT relacionados con el duelo ($g=.86$), manteniéndose también estable a lo largo del tiempo. Este resultado ya se había señalado previamente (Johannsen et al., 2019) y una posible explicación podría ser que el duelo complicado y el TEPT tienen límites “menos claros” entre sí. De hecho, la mayoría de los protocolos de tratamiento actuales están diseñados en gran medida para tratar los recuerdos perturbadores asociados a la pérdida y reducir la evitación con herramientas de exposición. Por lo tanto, los protocolos actuales podrían abordar el duelo y los síntomas de TEPT más que los síntomas específicos de duelo complicado.

Finalmente, al encontrarse una amplia variación en el número de sesiones de tratamiento entre unos estudios y otros, concluyeron que un mayor número de sesiones de tratamiento se asociaba a un mayor tamaño del efecto para el duelo complicado.

Capítulo 4

Duelo complicado por la muerte de un familiar en circunstancias violentas y no violentas. Características y prevalencia

CAPÍTULO 4: DUELO COMPLICADO POR LA MUERTE DE UN FAMILIAR EN CIRCUNSTANCIAS VIOLENTAS Y NO VIOLENTAS. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA

4.1. Duelo complicado en la población general

Como hemos visto en el capítulo anterior, el duelo es una reacción natural al fallecimiento de un ser querido que es fundamentalmente emocional y negativa, aunque implica también otras conductas psicológicas 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. Los especialistas en duelo siempre han reconocido la existencia, en algunas personas y en algunas ocasiones, de reacciones ante la muerte de un ser querido que 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 manifestaciones y no representan una respuesta culturalmente aceptada ante el fallecimiento de una persona querida, y que, por tanto, podrían considerarse propiamente síntomas psicopatológicos, un síndrome psicopatológico o incluso un trastorno psicológico (Cavodevilla, 2007).

Sin embargo, poco se sabe respecto a la prevalencia de duelo complicado dado que el término es relativamente de reciente creación. A partir de la evidencia clínica, Jacobs (1999) ha estimado un porcentaje de entre el 10-20% las personas que tienen problemas en la resolución de su duelo. Bonanno y Kaltman (2001) apuntaron un 10-15% de acuerdo a sus muestras de dolientes y, Maercker et al. (2005) encontraron sólo un 7,4% de personas con

duelo complicado en una muestra de personas mayores. Otros autores apuntan a que la prevalencia del duelo complicado oscila entre el 9 y el 20% (Prigerson y Jacobs, 2001; Raphael et al., 2001).

La importante variación en el porcentaje se debe en muchas ocasiones a factores clínicos, sociales o culturales (véase tabla 4.1.).

En el caso de las muestras clínicas, la prevalencia encontrada es mayor, alrededor del 18,6% en aquellos pacientes con diagnóstico de depresión (Kersting et al., 2009), el 24,3% en pacientes con trastorno bipolar (Simon et al., 2005) y 31,1% entre una mezcla de pacientes con diferentes patologías (Piper et al., 2001).

Tabla 4.1. Prevalencia de duelo complicado en víctimas de muerte no violenta.

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
14 estudios pacientes no psiquiátricos	Lundorff et al. (2007)	8.035	9,8% 20,5% en estudios que usaron IDC	3,4	IDC (3), IDC-R (3), BGQ (3), PG-13 (3). BPQ (1) y CBI (1)
Cáncer	Kersting et al. (2011)	216	10,1	9,8	Versión alemana ICG-R
Enfermedad	Kersting et al. (2011)	142	4,9	9,8	Versión alemana ICG-R
Cáncer	Kim et al. (2017)	137	18,0 - 48,0	3-5	ICG TRIG

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Cáncer	Guildin, Vedsted, Zachariae, Olesen y Jensen (2010)	87	40,0	.5	ICG-R
Cáncer	Tsai et al. (2016)	493	7,73%; 1,80%; 2,49%; 1,85%	.5; 1,1; 1,5; 2	PG-13
Cáncer, accidente, muerte repentina, suicidio y muerte violenta	Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner (2011)	1445	3,7	13,34	Versión alemana ICG-R
Viudos/as (sin especificar causa muerte)	Prigerson et al. (1995)	97	20%	2,8	ICG
Alzheimer	Schulz, Boerner, Shear, Zhang y Gitlin (2006)	217	20%	6-18	ICG
Personas mayores (65-96 años)	Forstmeier y Maercker (2007)	570	4,2% (Horowitz) .9% (Prigerson)	15 14	Complicated Grief Module ITG-R

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Viudas/os (20-90 años (sin especificar causa muerte)	Lathan y Prigerson (2004)	309	11,3%	6,2	ICG-R
			7,02%	10,8	
Hijos/as con cáncer, enfermedades coronarias congénitas, meningitis o ahogamiento	Barrera, D'Agostino, Schneiderman, Tallett, Spencer y Jovcevska (2007)	20	25% síntomas medios de duelo complicado y 10% síntomas mínimos		Dos cuestionarios estandarizados para medir depresión y duelo y una entrevista presencial semiestructurada
Hijos/as con cáncer	McCarthy, Clarke, Ting, Conroy, Anderson y Heath (2010)	58	10%	1-9,8	ICG-R
					Entrevistas estructuradas diseñadas <i>ad hoc</i>
	Kim et al. (2017)	137	24,1%	Entre .55 y 4,96	IDC
	Li y Prigerson (2016)	1.358	11,3%	Entre .08 y 9,75	IDC
	Newson et al. (2011)	1.089	25,4%	M = 5,49 (DT = 8,8) y 6,73 (DT = 9,52) meses para personas con DN y DC, respectivamente.	IDC de 17 ítems

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
	Castro y Rocha (2013)	190	34,2%	Sin datos	IDC
	De Montgolfier (2013)	244	59,7%	Entre .5 y 2	IDC
	Kentish-Barnes et al. (2015)	282	52,1 y 53% respectivamente en función del tiempo	Entre .5 y 1	IDC
	Kentish-Barnes et al. (2017)	190	32,6%	.5	IDC
	Kentish-Barnes et al. (2018)	117	53%	.75	IDC

Tal y como señalaban Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008), la mayoría de los estudios sobre intervención en duelo han sido descriptivos, con muestras muy reducidas y sin un diseño experimental adecuado al carecer de grupo control. Del mismo modo, existen pocos estudios epidemiológicos que hayan examinado la prevalencia del duelo complicado en población general, y menos aún aquellos que hayan realizado evaluaciones a largo plazo (muchos años tras el fallecimiento del ser querido). Con la intención de cubrir la falta de estudios epidemiológicos acerca del duelo complicado tras varios años del fallecimiento, Fujisawa et al. (2010) presentaron un estudio donde encontraron una prevalencia de duelo complicado del 2,4% en una muestra de 969 sujetos que habían perdido a un ser querido dentro de los últimos 10 años, dato comparable con la prevalencia de otros trastornos

mentales. Otro de los grandes hallazgos, a diferencia de los datos hallados en otros estudios revisados, es que la prevalencia del duelo complicado no muestra una disminución con el paso de los años, sino que se mantiene y no se resuelve espontáneamente.

Haciendo uso del instrumento IDC, uno de los más empleados y con mejores propiedades psicométricas tal y como hemos reflejado en el capítulo anterior, resaltamos dos estudios que incluyen dicho instrumento de medida: el realizado por Prigerson, Maciejewski et al. (1995) con ancianos viudos, en el cual se halló una puntuación media de 17,74 con una prevalencia del trastorno del 20% una media de 2,8 años tras la pérdida, y el llevado a cabo por Villacieros et al. (2012) con una muestra de personas que acudían a un centro de escucha de duelo, el cual mostró una puntuación media de 44,11 con una prevalencia de duelo complicado del 79,2% un año tras el fallecimiento del familiar. Si bien, hay que tener en cuenta que ninguno de estos estudios emplea una muestra demasiado representativa de la población general, pues el de Prigerson, Maciejewski et al. (1995) se basa en una muestra de ancianos/as viudos/as y el de Villacieros et al. (2012) evaluó una muestra de dolientes procedente de un centro de escucha de duelo.

Continuando con el análisis de los datos de prevalencia, Schulz, Boerner, Shear, Zhang y Gitlin (2006), encontraron que el 20% de los cuidadores de familiares con Alzheimer evidenciaron un duelo complicado junto con altos niveles de sintomatología depresiva después de la muerte. Al controlar los factores sociodemográficos, los cuidadores que tenían altos niveles de síntomas depresivos previos a la pérdida, los que informaron características positivas de la experiencia del cuidador y los que estaban cuidando a un paciente con mayor deterioro cognitivo tenían más probabilidades de mostrar niveles clínicos de duelo complicado. Por otro lado, más allá de analizar la prevalencia de duelo complicado en

cuidadores de familiares con Alzheimer tras el fallecimiento de los mismos, encontraron que reducir la carga del cuidador, tratar la sintomatología depresiva antes de la muerte del ser querido y las intervenciones grupales que promuevan el apoyo psicosocial o la capacidad del cuidador, pueden ayudar al mismo a manejar mejor las secuelas de la muerte. Otros factores constantemente asociados con resultados de duelo complicado entre los cuidadores son: estar casado con la persona que murió (Bass y Bowman, 1990; Li, 2005), experimentar un beneficio de la experiencia del cuidado (Boerner, Schulz y Horowitz, 2004) y haber comprometido la salud física y mental antes del fallecimiento del ser querido. Sin embargo, diferentes estudios han demostrado que cuando los cuidadores saben que sus familiares están en una trayectoria hacia la muerte, están mejor capacitados para hacer frente al suceso cuando ocurre. Esto puede ser el resultado de múltiples razones, incluyendo tener tiempo para prepararse para la muerte y a la nueva vida inminentemente después, (Bradley et al., 2004) el alivio de la carga del cuidado y el fin del sufrimiento de su ser querido (Schulz, Boerner, Shear, Zhang y Gitlin, 2006). No obstante, los hallazgos sobre los efectos de la carga del cuidador, así como de factores sociodemográficos tales como la edad, el género, la educación o la raza, se mezclan. Algunos estudios informan que los cuidadores que experimentan altos niveles de carga o tensión antes del fallecimiento se encuentran mejor después de la muerte (Schulz et al., 2001; Boerner, Schulz y Horowitz, 2004; Li, 2005; Moss, Moss, Rubinstein y Resch, 1993) mientras que otros informan los efectos opuestos (Cleiren, Van Der Wal y Diekstra, 1988; McHorney y Mor, 1988).

En esta misma línea, Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov y Kreichbergs (2008) analizaron a 449 padres en duelo que habían perdido a sus hijos de 25 años o menos, debido a distintos tipos de cáncer. Encontraron que el 26% de los progenitores no habían superado su dolor

después de 4 a 9 años desde la pérdida. Esta muestra que no había resuelto el duelo mostraba mayores niveles de ansiedad y depresión y peor calidad de vida que aquellos que habían trabajado en la resolución del mismo. Además, en concreto las madres realizaban mayores visitas al centro de salud, manifestando una mayor probabilidad de desarrollar deterioro en su salud tanto física como mental.

Por su parte, en el estudio de Linchtenthal et al. en el año 2015, se exponen los resultados de diferentes investigaciones acerca del duelo en familiares (principalmente progenitores) que pierden a un/a hijo/a por diferentes enfermedades físicas, principalmente cáncer. Aunque la mayoría no utilizan instrumentos estandarizados y no evalúan los datos de prevalencia del duelo complicado, sí nos permiten extraer conclusiones importantes como: (1) no se encuentran demasiadas diferencias respecto a la sintomatología de duelo entre los dolientes y el grupo normativo de comparación que no había perdido a un familiar; (2) no se han encontrado diferencias culturales en la sintomatología de duelo entre madres de diferentes países; (3) la relación de apego entre los progenitores y los/as hijo/as está directamente relacionada con el duelo que se desencadena posteriormente; (4) aquellos progenitores que sufren el fallecimiento de su hijo/a en el hospital tienen mayores niveles de duelo traumático; (6) la mayoría de los progenitores demandan la atención y el cuidado por parte del personal del hospital, de hecho la mayoría de los dolientes que desarrollan un duelo complicado no tienen acceso a los servicios de salud mental; (7) los progenitores presentan un dolor intenso tras la pérdida, pero solo una minoría muestra síntomas de duelo traumático; (8) las madres experimentan duelos más intensos que los padres; (9) el tiempo transcurrido desde la muerte y la percepción de los padres sobre la atención recibida por el oncólogo predijeron síntomas de duelo; (10) las percepciones de la calidad de vida del niño/a durante

el mes previo al fallecimiento, la preparación para la muerte del niño/a y las dificultades económicas también predijeron el duelo posterior; (11) tener hijos/as sobrevivientes, el apoyo social y la actividad física parecen ayudar a integrar el dolor en la vida diaria; (12) aproximadamente el 45% de los progenitores no elabora un sentido de la pérdida, lo que provoca mayores síntomas desadaptativos de duelo.

A pesar de los datos de prevalencia anteriormente descritos, es importante destacar que en función del sistema de diagnóstico de duelo complicado que empleemos, podemos llegar a unos datos de prevalencia u otros. Así, en el estudio de comparación realizado por Forstmeier y Maercker, se han encontrado diferencias importantes en relación con prevalencia y probabilidad condicional de duelo complicado, siendo ambas mayores con el sistema diagnóstico propuesto por el grupo de Horowitz (en comparación con el de Prigerson). Además, en este mismo estudio, también se llega a la conclusión de que el conjunto de criterios establecidos por Horowitz et al., es más inclusivo y menos estricto que el de Prigerson et al., y, por tanto, conduce a una prevalencia mayor.

En el año 2007, Forstmeier y Maercker volvieron a anunciar que en la literatura no se encontraban datos de prevalencia de duelo complicado en muestras representativas. Ambos autores demostraron una vez más la diferencia en cuanto a los criterios diagnósticos de duelo complicado en función del modelo utilizado, el de Prigerson o el de Horowitz. Así, las probabilidades condicionales de desarrollar duelo complicado después de la pérdida son 22,2% (Howoritz et al.) y 4,6% (Prigerson et al.). El conjunto de criterios de Horowitz et al. es más inclusivo y menos estricto que el conjunto de criterios de Prigerson et al. La importancia del deterioro funcional y el número de síntomas necesarios explicarían esta diferencia. Otra razón para las diferentes prevalencias podría ser el criterio de alteración, que

debe cumplirse en el sistema Prigerson et al., pero no en el sistema Horowitz et al. Después de omitir el criterio de alteración en el sistema Prigerson et al., la prevalencia aumenta de .9% a 1.6%. Por otro lado, la tasa de prevalencia más baja en el sistema Prigerson et al. radica en el hecho de que los pacientes deben tener siete de los doce síntomas, en contraste con solo tres de los siete síntomas en el sistema de Horowitz et al. (Forstmeier y Maercker, 2007). En definitiva, la diferencia en la prevalencia conduce a una probabilidad condicional menor de desarrollar un duelo complicado después de experimentar una pérdida importante cuando se utilizan los criterios de consenso de Prigerson et al. en comparación con los criterios de Horowitz et al. (Forstmeier y Maercker, 2007).

4.1.1. Duelo complicado en población española. Prevalencia

Con el objetivo de contrastar los datos de nuestro estudio con una muestra de características similares, aunque con un duelo derivado de un acontecimiento a priori no traumático, encontramos datos de diferentes muestras de población española cuya prevalencia del duelo complicado se recoge en la tabla 4.2.

Tabla 4.2. Prevalencia de duelo complicado en víctimas españolas de muerte no violenta.

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Instrumento
Personas que acuden a un centro de escucha de duelo	Villacieros et al. (2014)	103	79,2%	12	IDC
Familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos	Cruzado y Romero (2016)	Primer estudio: 45	37,0%; 34,8%; 23,8%; 35,7%	2, 6 12, 24	IDC

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Instrumento
(UCP) del Hospital San Cecilio de Granada		Segundo estudio: 66	10,6%	2	PG-12
			53,03%		IDC
		Tercer estudio: 194	10,6%-2,6%	6-24	IDC
			53,0%-26,3%	2-24	
Cáncer	Barreto y Soler (2008)	236	16,5%	2	IDC
			16,5%		DSM-IV-TR
			19,1%	6	IDC
			15,5%		DSM-IV-TR
Atención primaria, cuidados paliativos y equipo atención domiciliaria en la Comunidad de Madrid (diversas enfermedades)	Burdeus et al. (2016)	299	7,023%	6-18	PG-13 ITRD
Enfermedad, accidente de tráfico/laboral, suicidio y asesinato	Olmeda y García (2006)	150	74%	6-108	ICG
Tipo: natural (77.4%), accidente (12.2%), otras (10.5%), Tiempo: mínimo 12 meses	Masferrer et al. (2017)	100	5%	13,1	IDC

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Instrumento
Causa médica y enfermedad mental	Estevan et al. (2016)	299	PG-13: 7.02% ITRD: 38.1%	Entre .5 y 1,5	PG-13 ITRD
Pérdida gestacional	Iribarne et al. (2002)	127	GE: 24.6 GC: 19.4	Sin datos	IDC
Fallo multiorgánico	Rodríguez et al. (2012)	107	10.3	>1 año	CCTP

En el estudio de Cruzado y Romero llevado a cabo recientemente, aparte de las conclusiones estadísticas extraídas y reflejadas en la tabla 4.2., se encuentran otros datos de interés. Así, se muestran diferencias estadísticamente significativas en los dolientes con y sin diagnóstico de duelo prolongado y las puntuaciones del IDC y del BDI-II. La situación económica familiar se asocia a la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y duelo complicado, siendo la variable más determinante del riesgo de duelo.

Olmeda y García realizaron un estudio transversal en el año 2006 con pacientes psiquiátricos ambulatorios del Centro de Salud Mental de Vallecas (Madrid). En él, no solamente identificaron que el 74% de la muestra presentaba duelo complicado, sino que identificaron otra serie de conclusiones. En primer lugar, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos dolientes que habían perdido a un familiar por una enfermedad y los que habían perdido a alguien por accidentes de tráfico/laborales, suicidio o asesinato; así, estos últimos presentaban mayores tasas de prevalencia por considerar la causa de la muerte traumática. Por último, concluyeron que aquellos que habían perdido a un hijo/a o a su pareja, presentaban más tasas de duelo complicado que aquellos

que habían sufrido una muerte parental, no existiendo diferencias entre los que habían perdido a un/a hijo/a y a una pareja. Siguiendo con los trabajos llevados a cabo con muestra madrileña, Gamo, del Amo, Hernangómez y y García (2003), realizaron un seguimiento a los dos años a 51 pacientes en duelo en el Servicio Comunitario de Salud Mental de Parla. Los resultados muestran que dos años después, la mayoría de los pacientes habían afrontado la pérdida de una manera adaptativa y podían retomar sus rutinas y actividades diarias. Sin embargo, uno de cada cuatro afirmó haber sufrido un paro parcial importante en el curso de su vida desde el fallecimiento del ser querido. Este hallazgo nos muestra cómo, a largo plazo, podemos esperar una remisión o mejoría en los síntomas en la mayoría de los casos. Al mismo tiempo, encontraron que un vínculo problemático con el fallecido, así como la pérdida de un hijo/a se consideran factores asociados a una peor evolución (datos que concuerdan con lo mencionado anteriormente). No obstante, el apoyo social y la psicoterapia se identificaron como factores protectores.

4.2. Duelo complicado por causas violentas

En este contexto de discrepancias y dudas sobre la definición del duelo complicado y sobre su nombre, una cuestión que ha suscitado cierto debate es si el duelo 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 traumático (el duelo patológico tras un fallecimiento por un acontecimiento traumático) y duelo

complicado (el duelo patológico tras un fallecimiento por causas no traumáticas) (McClatchey, Vonk, Lee y Bride, 2014; O'Connor, Lasgaard, Shevlin y Guldin, 2010; Tsutsui, Hasegawa, Hiraga, Ishiki y Asukai, 2014). Algunos estudios han indicado que la prevalencia de trastornos mentales, como el trastorno por estrés postraumático, el dolor complicado y la depresión entre los que han experimentado una "muerte violenta" es relativamente mayor que para aquellos que han sufrido la muerte natural de un ser querido (Amick-McMullan, Kilpatrick y Resnick, 1991; Currier, Holland y Neimeyer, 2006).

La prevalencia del duelo complicado entre las personas afligidas por una muerte violenta se encuentra entre el 12,5% y el 78%. En esta prevalencia intervienen la presencia de determinados factores de riesgo como pueden ser: la comorbilidad con otras psicopatologías, falta de preparación para la muerte (es inesperada), la dificultad para dar sentido a la muerte, un alto nivel de valoración negativa sobre uno mismo y diversos factores sociales estresantes. En particular, se considera que el TEPT contribuye al desarrollo de un duelo complicado al suprimir la función de la corteza prefrontal y el córtex cingulado anterior, que actúa facilitando el proceso normal de duelo (Nakajima, Masaya, Akemi y Takako, 2012). Otros autores (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard y O'Connor, 2017) argumentan que la prevalencia del duelo complicado para aquellos que sufren una muerte no violenta oscila entre el 10-15% en comparación con el 30-70% de los afectados por muerte violenta (McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, Williams y Lawson, 2012; Mitchell, Kim, Prigerson y Mortimer-Stephens, 2004; Momartin, Silove, Manicavasagar y Steel, 2004; Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006). En la tabla 4.3. encontramos un resumen de los datos de prevalencia de duelo complicado en muertes violentas, excluyendo un atentado terrorista.

Como podemos observar en la tabla 4.3., la prevalencia de diagnóstico de duelo complicado es significativamente mayor en aquellas víctimas que han sufrido la muerte violenta de algún ser querido. Esto puede explicarse como veíamos anteriormente por el carácter repentino e inesperado del acontecimiento. También como apuntan Currier et al. (2006) la muerte violenta dificulta el proceso de dar sentido a lo ocurrido, aspecto que interfiere en la aceptación de la muerte. La naturaleza de la muerte violenta reside en la transgresión de la voluntad por parte del difunto y en la intencionalidad del perpetrador. Estas características únicas, interfieren y obstaculizan la creación de un significado a lo ocurrido; además, suponen un desafío a las creencias fundamentales acerca del mundo como un lugar justo y seguro donde los sucesos son controlables y/o predecibles (Currier, Holanda y Neimeyer, 2009; Janoff-Bulman, 1989; Lichtenthal, Currier, Neimeyer, y Keesee, 2010). Debemos tener en cuenta también la posible victimización secundaria a la que pueden ser sometidas estas víctimas y las consecuencias psicopatológicas que pueden derivarse. Por otro lado, aquellas personas que padecen la muerte de un ser querido por algún tipo de enfermedad, tiene tiempo para procesar la situación y el impacto es menor, reduciendo quizás por lo tanto las consecuencias psicopatológicas que pudieran derivarse. En este sentido, la evaluación cognitiva negativa de uno mismo, hacia los otros y el mundo mostró ser otro importante factor mediador entre la muerte violenta y el posterior surgimiento de trastornos mentales como el trastorno de estrés postraumático, la depresión y el duelo complicado (Nakajima et al., 2009; Shirai, Nakajima, Maki, Tatsuno, y Konishi, 2010).

Tabla 4.3. Prevalencia de duelo complicado en víctimas de muerte violenta (Adaptado de Nakajima, Masaya, Akemi y Takako, 2012).

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Conflicto Bosnio	Momartin et al. (2004)	126	31,0	5	CBI
Genocidio de Ruanda	Schaal et al. (2009)	40	12,5	10	PG-13
Atentados 11-S	Neria et al. (2007)	704	43,2	2,5-3,5	ICG
Homicidio y accidente de tráfico	Nakajima et al. (2009)	74	21,9	7,8	SI-TG
Suicidio	Dyregrov et al. (2003)	128	78,0	1,3	ICG
Accidente	Dyregrov et al. (2003)	68	78,0	1,2	ICG
Terremoto de Bam (Irán) en 2003	Ghaffari-Nejad et al. (2007)	400	76%	Meses después	IDC
Terremoto y tsunami de Japón oriental en 2011	Tsutsui et al. (2014)	82	9,8%	.67	IDC
Naufragio del trasbordador Sewol en Corea del Sur en 2014	Huh et al. (2017)	84	94%	1,5	IDC
Terremoto de Sichuan en China en 2008	Li et al., (2015)	803	71,1%	Entre 1 y 1,08	IDC
Derrumbe puente Hintze Ribeiro en Portugal en 2001	Cardoso et al. (2017)	20	90%	10	IDC

Causa de la muerte	Año y autor	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Tsunami del océano Índico en 2004	Kristensen et al., (2009)	111 (de esas, 32 eran familiares de fallecidos y víctimas directas)	16,2% (14,3% en las víctimas indirectas)	2,17	IDC
Tsunami del océano Índico en 2004	Kristensen et al., (2015)	94 (de esas, 28 eran familiares de fallecidos y víctimas directas)	11,7% (9,1% en las víctimas indirectas)	6	IDC

Analizando los estudios de la tabla 4.3. encontramos también una importante comorbilidad entre el duelo complicado y otros trastornos psicopatológicos. Por ejemplo, en el estudio de Kentish-Barnes et al. del 2015, del grupo que presentaba una tasa de prevalencia de 52,1% a los 6 meses, un 70,7% de los dolientes, también sufría TEPT según una puntuación en La Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES-R>32). Por su parte, Li et al. ese mismo año, encontraron que, del 71,1% de la muestra de dolientes que presentaba duelo complicado, el 38,9% tenía puntuaciones significativas en TEPT según La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL>44).

4.2.1. Duelo complicado por un atentado terrorista

Una de las tareas que con más frecuencia nos encontramos los profesionales de salud tras una catástrofe es la elaboración de duelos. Una muerte repentina e imprevista es siempre más difícil de elaborar que otra que viene precedida por una enfermedad (Parkes, 1975). Autores como Sheskin y Wallace (1976) han comprobado que el duelo es de mayor gravedad cuando la muerte no se previene o anticipa. Sería lo que Weisman (1976) ha llamado muerte intempestiva, la cual viola las expectativas individuales de supervivencia. Neimeyer (2002), añade que en un duelo por muerte traumática se cuestionan las creencias fundamentales de la persona, los valores de justicia y orden, lo cual interfiere en la resolución del mismo, haciendo que muchos de ellos se agraven.

Como hemos visto en capítulos anteriores, la literatura científica sobre las consecuencias psicológicas de los atentados terroristas indica que, tras un atentado terrorista, existe un porcentaje significativo de personas afectadas por diversos trastornos mentales, siendo los más frecuentes el TEPT y el TDM (García-Vera y Sanz, 2016; Sanz y García-Vera, en prensa). Una de las principales limitaciones que encontramos en los resultados de esos estudios anteriormente mencionados, es que la gran mayoría están basados en muestras de población general afectada, personal de emergencias y/o rescate; sin embargo, apenas se ha prestado atención a los familiares de fallecidos en atentados terroristas. Por ejemplo, de los 31 estudios sobre la prevalencia del TEPT en víctimas del terrorismo revisados por DiMaggio y Galea (2006), ninguno versaba sobre los familiares de los fallecidos en los atentados. Por su parte, García-Vera et al., en la revisión realizada en el año 2016 sobre la prevalencia del TEPT en diferentes tipos de víctimas del terrorismo, encontraron 15 estudios realizados con víctimas directas, 12 estudios con personas de la población general de la zona

afectada, 11 estudios con personal de emergencias, rescate, atención y recuperación y tan solo 6 estudios con familiares. Una de las consecuencias lógicas de esta menor atención a las repercusiones psicopatológicas del terrorismo en los familiares de los fallecidos en los atentados es que la literatura científica actual apenas ha abordado la presencia de duelo complicado entre las víctimas del terrorismo en comparación a la presencia de otros trastornos psicológicos como el TEPT o el TDM, ya que ese síndrome o trastorno psicológico (en sus diferentes nomenclaturas mostradas en el capítulo anterior) sería, por definición, más frecuente entre los familiares de los fallecidos. Por ejemplo, frente a los 31 y 35 estudios sobre la prevalencia del TEPT revisados por DiMaggio y Galea (2006) y García-Vera et al. (2016), respectivamente, una búsqueda realizada el 2 de septiembre de 2018 en las bases de datos PsycINFO, MEDLINE, PILOTS y Psychology Database de ProQuest Central con las palabras *terrorism* o *terrorist* y *grief*, *bereavement* o *mourning* en los campos de resumen y título del trabajo, se encontró, hasta la fecha de la búsqueda, 213 trabajos publicados, de los cuales, y tras consultar además otros trabajos incluidos en las referencias bibliográficas de algunos de ellos, solo cuatro presentaban datos sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas de atentados terroristas (Donahue, Jackson, Shear, Felton y Essock, 2006; Neria et al., 2007; Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006).

El análisis de los datos de estos cuatro estudios permite llegar a tres conclusiones. La primera de ellas es que la prevalencia media, ponderada por el tamaño muestral, del duelo complicado en víctimas del terrorismo se podría estimar en 46%. Sin embargo, quizá no sea una cifra representativa, ya que está basada en un número muy reducido de estudios y atentados, ya que solo tiene en cuenta la información recogida de los atentados del 11-S (tres de los cuatro estudios revisados) y del atentado acaecido en Noruega, en la isla de Utøya en

el año 2011. Por otro lado, solamente este último estudio sobre el atentado de Noruega utiliza un instrumento de evaluación con buenos índices de fiabilidad y validez, como es el IDC del que también hemos hablado en el capítulo anterior. En el caso de los tres estudios sobre víctimas del 11-S, se realizan evaluaciones basadas en entrevistas telefónicas o cuestionarios por internet con escasa o nula información psicométrica sobre su fiabilidad y validez y con puntos de corte no establecidos psicométricamente. La tercera y última razón es que dos de los estudios evaluaron la presencia de duelo complicado a los 18 meses del fallecimiento del ser querido, mientras que los dos estudios restantes lo hicieron aproximadamente entre los 2 años y los 3,5 años tras el fallecimiento, por lo que, en todo caso, la cifra del 46% sería una aproximación a la prevalencia del duelo a largo plazo, pero no a muy largo plazo, es decir, después de 10, 20 o 30 años del fallecimiento, cuestión sobre la que, por tanto, no hay todavía ningún estudio publicado. Esta cuestión, además, es importante, ya que en familiares de fallecidos en otros tipos de muertes violentas, repentinas o súbitas se han encontrado elevadas tasas de trastornos mentales, incluido duelo complicado, 5 o 10-12 años después del fallecimiento del familiar (Cardoso et al., 2017; Kristensen et al., 2015).

Una segunda conclusión que se puede extraer de los datos de esos 4 estudios sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas del terrorismo, es que parece existir una alta comorbilidad entre el duelo complicado y el TEPT y/o el TDM. Entre los familiares y allegados de los fallecidos en los atentados del 11-S que sufrían duelo complicado, entre el 51 y el 67,7% tenían además TEPT o TDM (Neria et al., 2007; Shear et al., 2006). Sin embargo, el resto, entre el 36,3 y el 49% de los que sufrían duelo complicado, tan solo sufrían ese síndrome o trastorno, lo que suponía que entre el 14,3 y el 21,3% de todos los familiares y allegados de los fallecidos sufrían solo duelo complicado, porcentajes lo suficientemente

importantes para extraer una tercera conclusión: que los resultados de la literatura empírica, aunque escasos, parecen apoyar la idea de que el duelo complicado en las víctimas del terrorismo es una condición psicopatológica distinta del TEPT y del TDM. Estas dos últimas conclusiones, no obstante, deben tomarse con las debidas precauciones, ya que sus argumentos empíricos están basados en tan solo dos estudios y ambos realizados con las víctimas de un solo atentado terrorista (los atentados del 11-S), lo que de nuevo subraya la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones para, en su caso, poder replicar tales argumentos y, por ende, reforzar la solidez de esas dos conclusiones. En el próximo capítulo, profundizaremos sobre la diferenciación del duelo complicado frente al TEPT o el TDM.

Una posible explicación al escaso número de estudios encontrados es que la investigación se centra fundamentalmente en el trastorno de estrés postraumático como principal consecuencia psicopatológica tras un atentado. Quizás esto se deba a que entre los especialistas en duelo prevalece la idea de que el estrés postraumático debe resolverse primero, antes de que el afligido pueda comenzar su proceso de duelo (Amick-McMullan, Kilpatrick, Veronen y Smith, 1989; Pynoos y Nader, 1990; van der Hart y Brown, 1990).

Dos años más tarde, el equipo de Jesús Sanz realizó una revisión sistemática sobre la prevalencia de duelo complicado en víctimas de terrorismo adultas. En esta ocasión, encontró cinco estudios donde en total, se había evaluado a 1.404 familiares o seres queridos de fallecidos en el atentado terrorista del 11-S (principalmente) y también al atentado perpetrado en la isla de Utøya (Noruega). Su análisis, permite estimar una tasa de prevalencia de duelo complicado del 42%. El tiempo desde el fallecimiento varía en función del estudio, desde 18 meses, 2 años, 3,5 años y 15 años. Solo en dos de ellos se utilizaba el IDC como instrumento de evaluación, en los dos restantes, utilizaban cuestionarios telefónicos o entrevistas por

internet con muy poca información sobre sus propiedades psicométricas. En la tabla 4.4. se recogen los datos de prevalencia de los estudios a los que estamos haciendo referencia.

Tabla 4.4. Prevalencia de duelo complicado en familiares de víctimas del terrorismo
(adaptado de Sanz et al., 2020)

Autor y año	Muestra	Instrumento	Definición de DC	Tiempo desde la muerte	Resultados
Shear et al. (2006)	70 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York y que habían recibido consejo psicológico breve tras los atentados	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999)	Total en los 5 ítems (rango posible 0-10) = 5-7 (DC subclínico) o 8-10 (DC clínico)	18 meses	44% tenían DC (21% DC subclínico y 23% DC clínico). 14,3% tenían solo DC, 18,6% tenían DC, TEPT y TDM, 5,7% tenían DC y TEPT, 5,7% tenían DC y TDM y 35,7% no tenían ningún trastorno. ^a Entre los que tenían DC, 54,8% tenían TDM, 54,8% tenían TEPT, 67,7% algunos de los dos trastornos y 41,9% los dos trastornos.

Autor y año	Muestra	Instrumento	Definición de DC	Tiempo desde la muerte	Resultados
Neria et al. (2007)	704 familiares, amigos o colegas de los fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York o Washington	Cuestionario por internet basado en los 9 criterios diagnósticos de Prigerson y Jacobs (2001; Prigerson, 2004)	5 de los 9 criterios con puntuaciones (1-5) de 4 o 5 (“a menudo” o “siempre”)	2,5-3,5 años	43% tenían DC. Entre los que tenían DC, 36% tenían TDM, 43% TEPT, 51% alguno de los dos trastornos, 34,9% ideación suicida y, tras los atentados, 73,8% habían recibido psicoterapia para el duelo y 39,1% psicofármacos (vs. 63,2% y 16,3% entre los que no tenían DC). ^a Del total, 21,3% tenían solo DC, 21,9% tenían DC y TEPT o TDM y 51,1% no tenían ningún trastorno.
Donahue et al. (2006)	73 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York y que habían recibido consejo psicológico intensivo tras los atentados	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999)	Total en los 5 ítems (rango posible 0-10) = 5-7 (DC subclínico o 8-10 (DC clínico)	24-30 meses	38% tenían DC (12% DC subclínico y 26% DC clínico).

Autor y año	Muestra	Instrumento	Definición de DC	Tiempo desde la muerte	Resultados
Dyregrov et al. (2015)	103 familiares (65% padres y 35% hermanos) de fallecidos en el atentado de la isla de Utøya (Noruega) de 2011	Inventario de Duelo Complicado (IDC) por correo o internet	Puntuación total en el IDC > 25	18 meses	95%, 63%, 82% y 50% de las madres, padres, hermanas y hermanos tenían DC. El 78,6% de los familiares tenían DC, sin diferencias entre padres y hermanos (80,6% vs. 75%). Con IDC > 30, 72% de los familiares tenían DC.
Cozza et al. (2019)	454 familiares adultos (padres, esposos, hermanos, hijos) de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York, Washington o en el vuelo UA93	Inventario de Duelo Complicado (IDC) por internet	Puntuación total en el IDC > 30	15 años	34,4% tenían DC (resultante de multiplicar, por el número de participantes de cada grupo, la probabilidad de obtener una puntuación de IDC > 30 en los tres grupos creados, de sumar los participantes obtenidos y de calcular el porcentaje sobre el total)

Por último, Terrés en el año 2016, analizó una pequeña muestra española de familiares de fallecidos en atentados terroristas y encontró que la prevalencia de duelo complicado en familiares de fallecidos en atentados terroristas fue de 40,6% (N = 217), destacando la categoría de padre o madre de fallecido como aquella con una mayor tasa de prevalencia (71,4%), seguida de la de viudos/as (48,6%). Por su parte, la categoría que mostró un menor porcentaje de casos de duelo complicado fue la de hijos/as (33,7%). Asimismo, tras controlar

el sexo y la edad, el tiempo transcurrido desde el atentado muestra una relación lineal significativa y negativa con la sintomatología de duelo complicado, observándose, por tanto, cierta progresión a la baja en la misma a medida que transcurren los años desde el atentado. En concreto, se ha hallado que la sintomatología de duelo complicado es significativamente mayor cuando el tiempo transcurrido desde el atentado oscila entre 0 y 10 años en comparación a cuando han pasado al menos 35 años.

4.3. Duelo complicado tras el fallecimiento de un ser querido por COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, en la región de Wuhan, en China, supimos que se había encontrado el primer brote de un nuevo tipo de coronavirus al que se le denominó *síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2* (SARS-CoV-2), el cual generaba la enfermedad conocida como COVID-19 o coronavirus (Mortazavi et al., 2020). Esta enfermedad resultó (y sigue resultando con las diferentes variantes encontradas) altamente contagiosa, provocando una tasa de mortalidad crítica. Por ello, la OMS catalogó la situación mundial como pandemia. El estudio de Johns et al. (2020) es una muestra de la gravedad de la situación al reflejar que esta pandemia global se ha cobrado más de un millón de vidas a nivel mundial en menos de un año.

Con este número tan elevado de personas fallecidas, nos encontramos con un gran número de dolientes, de familiares en proceso de duelo. Además, la situación de pandemia conllevaba importantes medidas restrictivas, centralizadas principalmente en el aislamiento domiciliario y reducción (incluso supresión) del contacto social con el objetivo de paliar la propagación del virus. En este sentido, tal y como hemos señalado en capítulos previos, existen una serie de factores de riesgo que rodean a las circunstancias de la muerte y que pueden interferir en la elaboración del duelo. Entre ellos encontramos la falta de apoyo social,

las muertes súbitas o consideradas traumáticas o la falta de concienciación previa de la muerte (Escobar, 2021). De hecho, varios autores coinciden en que las circunstancias en las que se han producido las muertes por COVID-19 pueden considerarse un factor de riesgo de empeoramiento del proceso de duelo de los familiares. Carr et al., (2020) hablan de *Bad deaths*, en su traducción al castellano *malas muertes*, para denominar la situación de muerte refiriéndose tanto a los problemas médicos como sociales que conlleva este virus. Por su parte, Kokou-Kpolou et al. (2020), afirman que esas circunstancias que comentábamos alrededor de la muerte por coronavirus pueden considerarse traumáticas. Goveas y Shear (2020) informan también de las circunstancias alrededor de la muerte por COVID como factor predisponente al duelo complicado, ya que estas muertes acostumbran a ser repentinas, inesperadas, aparentemente evitables y aleatorias. En esta misma línea, varios autores señalan la imposibilidad de despedida como otro factor a tener en cuenta. Como comentábamos, debido a las medidas restrictivas, las visitas hospitalarias estaban absolutamente restringidas con la intención de impedir la propagación del virus. Esto ha provocado en la mayoría de los casos, que los pacientes hayan fallecido solos, sin tener algún ser querido cerca en ese momento del final de la vida (Goveas y Shear, 2020; Kokou-Kopolou, 2020). Este aislamiento provoca en los dolientes problemas para integrar la pérdida por la falta de despedida, dejando asuntos pendientes y aflorando emociones desagradables como la culpa (Carr, et al., 2020; Wallace, et al., 2020: y Walsh, 2020). Otro de los factores de riesgo que también encontramos en estos casos y que mencionamos en el capítulo anterior, son las dificultades económicas. La pérdida de la actividad económica ha afectado de forma más intensa a las personas que se encuentran en edad laboral con dedicación a actividades y empleos asociados a rentas más bajas, a aquellos que se encuentran en desempleo, a las personas que trabajan por cuenta propia y a las personas migrantes, por presentar una

situación laboral más precaria vinculada con la temporalidad. Según la Encuesta de Población Activa (EPA) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el mercado de trabajo en España recibió un duro golpe en el año 2020 a raíz de las consecuencias de la pandemia. El año acabó con 622.600 puestos de trabajo destruidos y 527.900 desocupados más, la cifra total llegó hasta los 3,71 millones de parados, provocando una tasa de desempleo del 16,13%. Asimismo, los afectados por ERTE llegaron incluso a los 3,4 millones.

Por último, es importante tener en cuenta el apunte de Selman et al., (2020) donde advierten de otro posible factor de riesgo en la elaboración del duelo, asociado principalmente a la responsabilidad de transmitir la enfermedad al difunto por el contagio, ocasionándoles más dificultad para la integración de la pérdida. Este mismo autor, hacía mención también a la falta de apoyo social en estos momentos de aislamiento, donde la población apenas podía salir a la calle y relacionarse con sus seres queridos. Por ello, el apoyo social que actuaría como factor de protección, pierde absolutamente su función.

A día de hoy, no encontramos estudios de prevalencia de la tasa de duelo complicado en los familiares de fallecidos por COVID-19. Entendemos que, teniendo en cuenta los criterios temporales de los criterios diagnósticos, debemos aún esperar para poder conocer el alcance de la gravedad de las consecuencias de la pandemia en los dolientes. Lo que sí podemos afirmar es que el conjunto de circunstancias que han rodeado al fallecimiento de seres queridos por COVID-19, suponen en la mayoría de los casos, un factor de riesgo de duelo complicado.

Capítulo 5

Duelo complicado, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático.

Tres constructos diferenciados

CAPÍTULO 5: DUELO COMPLICADO, TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. TRES CONSTRUCTOS DIFERENCIADOS

5.1. El duelo complicado como categoría diagnóstica

Hace casi un siglo, Freud escribió: *“aunque el duelo implica graves desviaciones de la actitud normal hacia la vida, nunca se nos ocurre considerarlo como una condición patológica y referirlo a un tratamiento médico. Confiamos en que se supere después de un cierto lapso de tiempo, y consideramos que cualquier interferencia con él es inútil o incluso dañina”* (Freud, 1917). A lo largo de los años, la investigación ha demostrado que Freud tenía razón en gran medida, pero no del todo. Los estudios muestran que, para la mayoría de las personas, la intensidad del duelo es bastante baja durante aproximadamente 6 meses. Esto no implica que el duelo se haya completado o resuelto, sino que se ha integrado mejor y ya no provoca interferencia en el día a día del doliente. Sin embargo, en algunos pacientes esta sintomatología se complica en términos de frecuencia, duración e intensidad. En estos casos, está claro que el duelo puede ser complicado (Bonanno, Moskowitz, Papa y Folkman, 2005; Bonanno et al., 2002).

Tal y como se ha reflejado en el capítulo 3, en la historia del DSM varios autores han abogado por la inclusión del duelo complicado en este manual. Recordemos que la primera vez que se planteó fue en el DSM-IV de la mano de Horowitz et al., los cuales propusieron la primera descripción de los criterios y síntomas para el trastorno de estrés posttraumático y ya en 1974 señalaron la similitud entre los pacientes con trauma y los pacientes en duelo. Sin embargo, finalmente se determinó que no había evidencia suficiente para su inclusión,

aunque precisamente denominó a este grupo de trastornos “síndromes de respuesta al estrés”, categoría que se ha tenido en cuenta para la clasificación en el DSM-5 (Maercker y Znoj, 2010). Tanto persiste en la actualidad la impronta de Horowitz y esa idea inicial, que la APA ya está trabajando en la creación de la versión revisada del DSM-5 y varios investigadores abogan por la inclusión de este diagnóstico dentro del apartado de los trastornos relacionados con trauma y estrés, en lugar de en el capítulo destinado a los trastornos del estado de ánimo (Eisma, Boelen y Lenferink, 2020).

Desde el comienzo de la investigación de este constructo como categoría nosológica con entidad propia, la evidencia que respalda la existencia de un trastorno de duelo complicado continúa creciendo. Stein et al. propusieron una lista de 10 criterios para la definición del trastorno mental basándose en la definición utilizada en el DSM-IV que Shear recoge para aportar evidencia sobre la creación de este trastorno (Shear et al., 2011):

1. Es un síndrome reconocible que puede identificarse gracias a diferentes instrumentos de evaluación creados y validados para tal uso.
2. La sintomatología provoca un malestar clínicamente significativo e interferencia en las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, la literatura científica ha demostrado que el duelo complicado provoca deterioro en el funcionamiento social y laboral (Bonanno et al., 2007), alteraciones del sueño (Hardison, Neimeyer y Lichstein, 2005) o aumento en el consumo de alcohol y tabaco, entre otras (Prigerson et al., 2009).

3. No es una respuesta esperable ante la pérdida de alguien, pues los síntomas de los dolientes con duelo complicado difieren del resto en términos de intensidad, frecuencia y duración.
4. Supone una alteración del procesamiento normal de la pérdida del ser querido y engloba una serie de factores de riesgo asociados a un aumento de la probabilidad de su desarrollo. A saber: sexo femenino, antecedentes psicopatológicos, bajo apoyo social o estilo de apego inseguro, entre otros.
5. Aunque se deban tener en cuenta los factores culturales y religiosos en la emisión del diagnóstico, la evidencia sugiere que el duelo complicado puede aparecer en culturas con diferentes perspectivas alrededor de la muerte.
6. Hay una serie de estudios que respaldan alteraciones psicobiológicas en pacientes con duelo complicado. Por ejemplo, un estudio de imágenes cerebrales mostró la activación del núcleo accumbens al exponer al paciente con duelo complicado a señales sobre el difunto, hecho que no se encontró al compararlo con pacientes con un duelo considerado *normal* (O'Connor et al., 2008).
7. El hecho de no incluir el duelo complicado como una categoría diagnóstica en el DSM, provoca que no se diagnostique y por lo tanto que no se pueda idear un tratamiento ajustado, específico para esta población y comprobar su validez y utilidad clínica. Por el contrario, se utilizan tratamientos especialmente farmacológicos con escasos resultados favorables.
8. En cuanto al diagnóstico diferencial, ciertamente antes de crear una nueva categoría, deberíamos plantear si puede incorporarse dentro de un diagnóstico ya existente,

como depresión mayor o TEPT. De hecho, un estudio encontró que todas las personas con duelo complicado cumplían con los criterios actuales para TDM (Schaal, Elbert y Neuner, 2009). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones, incluidos los estudios clínicos (Neria et al., 2007; Melhem et al., 2001; Silverman et al., 2000) han encontrado que solo entre el 50 y el 60% de las muestras de duelo complicado cumplen los criterios de depresión y, además, existen diferencias importantes entre ambos diagnósticos. Asimismo, la mayoría de las personas con duelo complicado no cumplen con criterios de TEPT. El síntoma que caracteriza especialmente al TEPT es el miedo, mientras que a los dolientes les embriaga más la tristeza y el anhelo de la persona fallecida (Bonano et al., 2007; Melhem et al., 2007; Neria et al., 2007; Simon et al., 2007; Melhem et al., 2001). Gran parte de las investigaciones han demostrado que el duelo complicado constituye un trastorno diferenciado, especialmente del TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad (Boelen y van den Bout, 2005; Prigerson et al., 1996; Prigerson et al., 1995). Para completar esta información, en la tabla 5.1. se revisan diferentes investigaciones orientadas a definir el duelo complicado como categoría diagnóstica diferenciada del TDM y TEPT, especialmente.

9. Podríamos pensar que los síntomas del duelo complicado encajan mejor bajo la categoría de trastorno adaptativo. Sin embargo, esta categoría se destina exclusivamente para definir una respuesta inusualmente intensa o prolongada ante situaciones normales, definiendo síntomas que no pueden ser englobados en ninguna otra categoría.
10. Los beneficios que reporta la creación del diagnóstico superan a los perjuicios, más ligados a la estigmatización de síntomas normales. Sin embargo, en este caso los

síntomas son mucho más intensos, persistentes y debilitantes y su diagnóstico permitiría atender adecuadamente a los dolientes.

5.2. Diagnóstico diferencial

Aunque la comorbilidad es común, tal y como se muestra en el tercer capítulo, el duelo complicado puede ocurrir de manera aislada como demuestran algunas investigaciones. Lichtenthal, Cruessa y Prigerson (2004) publicaron un artículo donde realizaron una revisión crítica de toda la evidencia publicada hasta la fecha sobre ese tema, sosteniendo que el duelo complicado constituye una entidad diagnóstica distinta y, por lo tanto, concluyendo que merece un lugar en las taxonomías diagnósticas estandarizadas. Su artículo demostró que los diagnósticos existentes hasta ese momento eran insuficientes, pues la fenomenología, los factores de riesgo, los correlatos clínicos o el curso que sigue el duelo complicado, difiere del TEPT, TDM y trastorno adaptativo.

Empíricamente el duelo complicado ha demostrado ser un trastorno distintivo aparte del dolor común, la depresión mayor y otros trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático y los trastornos de ansiedad (Barnes, Dickstein, Maguen, Neria, y Litz, 2012; Boelen y van den Bout, 2008; Bonanno et al., 2007; Prigerson et al., 1996; Shear, Simon, et al., 2011). Centrándonos por lo tanto en el diagnóstico diferencial, al distinguir conceptualmente el duelo de la depresión mayor, una consideración clave es la medida en que ciertos síntomas en el duelo se refieren específicamente a la pérdida del ser querido, frente a la sintomatología más libre y generalizada de la depresión. En comparación con la desgana generalizada y la rumia pesimista de la depresión, la disforia del duelo se centra en la separación del fallecido, y la alteración primaria en la cognición es la preocupación intensa por la persona perdida. Del mismo modo, la culpa global o un sentimiento de falta de valía

personal, común en la depresión, no lo encontramos en el duelo, aunque puede haber una culpa relacionada específicamente con la muerte. Mientras que la depresión a menudo conlleva una gran pérdida de interés e incapacidad para imaginar cualquier fuente de placer, en el duelo sí existe un interés sostenido en el fallecido y la creencia de que la unión con el fallecido traería satisfacción. Además, el duelo implica una evitación particular de los estímulos que sirven como recordatorios de la realidad de la pérdida en comparación con la evitación más general y el aislamiento de la depresión. Por lo tanto, existen diversas características de la depresión que son completamente distintas de los criterios de duelo complicado (por ejemplo, alteraciones en el peso o apetito, cambios en el patrón del sueño, retraso o agitación psicomotora, fatiga, disminución de la concentración, etc.) y características del duelo que son distintas de la depresión (por ejemplo, confusión sobre el papel de uno en la vida, dificultad para aceptar la pérdida, incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida, etc.). Esto nos hace concluir que es posible distinguir los trastornos en términos de la naturaleza de las emociones y pensamientos negativos que caracterizan cada problema, no simplemente por su sintomatología.

Prigerson et al. (1995) comenzaron a evaluar los síntomas de duelo complicado. Tras una revisión de la literatura, agruparon una lista de 12 síntomas depresivos asociados a la pérdida y 10 síntomas relacionados puramente con una reacción de duelo desadaptativa. Evaluaron 18 de esos 22 síntomas en una muestra de viudos/as de edad avanzada y, tras un análisis de componentes principales, extrajeron dos factores: el factor 1, que explica el 26,2% de la varianza, se interpretó como el factor de depresión asociada a un duelo; y el factor 2, que explicaba el 20% de la varianza, se interpretó como el factor de duelo complicado. Desde entonces, este equipo de investigación ha replicado los resultados en diferentes estudios e

incluso los llevó al desarrollo del Inventario de Duelo Complicado (IDC).

Tal y como hemos señalado anteriormente, también se ha encontrado que la ansiedad por separación en la niñez predice de manera única el duelo complicado, pero no el TDM, el TEPT o el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Vanderwerker, Jacobs, Parkes, y Prigerson, 2006). Por otro lado, centrándonos en aspectos neuronales, los síntomas de duelo identificados no se relacionan con cambios en la fisiología electroencefalográfica (EEG) del sueño, mientras que sí se asocian con el TDM (McDermott, 1997). Estos hallazgos se muestran en consonancia con los de O'Connor en el núcleo accumbens, ya reflejados en el epígrafe anterior. Por tanto, tomados en conjunto, estos hallazgos sugieren distintos correlatos clínicos de los síntomas de dolor en relación con los síntomas depresivos.

En relación con el tratamiento, estudios previos han encontrado que los síntomas de duelo evaluados con el Cuestionario para la Valoración de las Experiencias Traumáticas (TRGI, por sus siglas en inglés), no se redujeron aplicando un tratamiento con antidepresivos tricíclicos, lo que sugiere que los síntomas depresivos son distintos a los del duelo complicado y requieren un tipo de intervención diferente (Jacobs y Lieberman, 1987; Pasternak et al., 1991). Otros autores llegaron a conclusiones similares al respecto, pues las personas con depresión asociada al duelo sí respondieron a los tratamientos tradicionales de antidepresivo junto con terapia interpersonal, mientras que las personas que padecían duelo complicado parecían necesitar un enfoque diferente (Frank et al., 1997; Prigerson et al., 1996; Prigerson y Jacobs, 2001).

Tabla 5.1. Principales características y resultados de los estudios que han analizado el duelo complicado como constructo independiente del TDM y TEPT.

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Prigerson, Frnak et al. (1995)	82 ancianos viudos recientemente	Escala de depresión de Hamilton (HRSD) Brief Symptom Inventory (BSI)	3-6 meses	Análisis de componentes principales	Un factor para el DC y otro para la depresión
Prigerson, Maciejewski, et al. (1995)	97 ancianos viudos	Inventario de duelo complicado (IDC) Inventario de depresión de Beck (BDI) Inventario de duelo de Texas revisado (ITRD)	Media de 15 años	Análisis factorial exploratorio	Validación empírica del instrumento IDC y un factor unidimensional para el DC.
Prigerson, Bierhals et al. (1996)	150 personas viudas que fueron entrevistadas 6 meses después de la hospitalización de sus cónyuges fallecidos	Adaptación de Grief Measurement Scale (GMS)	6 meses	Factorización de ejes principales	Los síntomas del DC tenían una carga muy alta en el primer factor y cargas muy inferiores en los factores de ansiedad y depresión

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Prigerson, Shear et al. (1996)	56 ancianos viudos	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version (SADS-L) Escala de depresión de Hamilton (HRSD) Brief Symptom Inventory (BSI) Grief Measurement Scale (GMS) Inventario de duelo de Texas revisado (ITRD)	≤ 6 meses – 12 ó 18 meses	Análisis factorial confirmatorio	Síntomas de ansiedad diferenciados de los de depresión y duelo complicado
Horowitz et al., (1997)	70 viudos	Inventario de duelo de Texas revisado (ITRD) The Loss Inventory	6 meses	Modelo de clases latentes	Encuentran síntomas indicadores de DC DC y síntomas de depresión a menudo no se superponen

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Chen et al., (1999)	92 futuras viudas 58 futuros viudos	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) Psychiatric Epidemiology Research Interview-Anxiety Scale (PERI-A) Grief Measurement Scale (GMS) ¹	Momento de la hospitalización de su cónyuge y luego a las 6 semanas, 6, 13 y 25 meses de seguimiento.	Regresión lineal y logística	DC como constructo unidimensional distinto de la depresión y la ansiedad
Silverman, Johnson y Prigerson (2001)	85 viudos	Entrevista Clínica Estructurada (SCID) Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss (TRGR-2L)	Media de 4 meses	Regresión logística	Riesgo etiológico distinto de desarrollar TEPT, TDM y DC relacionado con experiencias adversas en la infancia y edad adulta
Melham (2002)	146 amigos y conocidos de 26 víctimas de suicidio	Inventario de duelo de Texas revisado (ITRD)	6, 12-18 y 36 meses	Análisis de componentes principales	Comorbilidad entre duelo traumático, TEPT y TDM, pero

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
		Inventario de duelo complicado (IDC)	6 años		su probabilidad de desarrollo es independiente; presentan factores de riesgos únicos Duelo traumático distinto de la depresión y el TEPT
Boelen, Van den Bout y Keijser (2003)	103 personas mayores de edad que habían perdido a un familiar de primer grado	Inventory of Traumatic Grief (ITG) Symptom Checklist (SCL-90)	41,7 meses	Análisis factorial con rotación varimax	Duelo traumático, depresión y ansiedad se agrupan en 3 factores distintos
Ogrodniczuk et al., (2003)	398 pacientes ambulatorios psiquiátricos que habían experimentado una o más pérdidas significativas	Un conjunto de Pathological Grief Items (PGI) The Impact of Events Scale (IES-R) Social Adjustment Scale - Self Report	Media de 9,7 años	Análisis factorial	Tres grupos de síntomas de duelo complicado son distintos de dos grupos de síntomas de depresión.

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Momartin, Silove, Manicavasagar y Steel (2004)	126 refugiados bosnios	Inventario de traumas The Clinical Administered PTSD Scale (CASP) Módulo de depresión de la SCID para el DSM-IV The Care Bereavement Items (CBI)	Media de 5 años	Análisis de componentes principales	TEPT distinto del DC
Boelen y Van den Bout (2005)	1.321 dolientes. Las causas fueron no violentas en 1.075 (81,4%) de los casos y violentas en 246 (18,6%).	Traumatic Grief Inventory (TGI) SCL-90	Una media de 32,5 meses	Análisis factorial confirmatorio	El modelo de tres factores correspondiente a los síntomas de DC, TEPT y depresión, fue superior al modelo de un único factor.

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Shear et al. (2006)	70 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York y que habían recibido consejo psicológico breve tras los atentados.	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999)	18 meses	Regresión logística	44% tenían DC (21% DC subclínico y 23% DC clínico). 14,3% tenían solo DC, 18,6% tenían DC, TEPT y TDM, 5,7% tenían DC y TEPT, 5,7% tenían DC y TDM y 35,7% no tenían ningún trastorno. ^a Entre los que tenían DC, 54,8% tenían TDM, 54,8% tenían TEPT, 67,7% algunos de los dos trastornos y 41,9% los dos trastornos.

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Neria et al. (2007)	704 familiares, amigos o colegas de los fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York o Washington	Cuestionario por internet basado en los 9 criterios diagnósticos de Prigerson y Jacobs (2001; Prigerson, 2004)	2,5-3,5 años	Regresión logística multivariada	43% tenían DC. Entre los que tenían DC, 36% tenían TDM, 43% TEPT, 51% alguno de los dos trastornos, 34,9% ideación suicida. ^a Del total, 21,3% tenían solo DC, 21,9% tenían DC y TEPT o TDM y 51,1% no tenían ningún trastorno.
Bonano et al. (2007)	73 dolientes, 53 de los cuales habían perdido a su cónyuge y 20 a un progenitor.	Cuestionarios Entrevista clínica estructurada Entrevista semiestructurada	4-18 meses	Análisis de regresión	DC como categoría independiente

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
	447 familiares de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York o Washington	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) Para el DC: medida de detección de 9 ítems para los siguientes síntomas: anhelo, preocupación por el difunto, problemas para aceptar la pérdida, desapego, tristeza, soledad, sentir que la vida no tiene sentido, sentir que una parte de uno mismo ha muerto y pérdida de seguridad	2,5-3,5 años		Más de la mitad de los participantes cumplía criterios para DC y no para TEPT y TDM

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Brown et al. (2008)	132 niños y adolescentes que habían perdido a un ser querido (la mayoría de ellos un familiar) y estaban siendo considerados como participantes para un tratamiento de duelo.	CARED-Youth Report CARED-Parent Report Extended Grief Inventory (TG subscale) The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	6 meses	Regresión múltiple	Duelo traumático infantil distinto, aunque altamente correlacionado con TEPT, depresión y, en menor medida, con la ira
Golden y Dalgleish (2010)	223 adultos en Croacia que habían perdido a un ser querido. El 33.6% habían perdido a un progenitor, el 1.8% a un hijo, el 5.4% a un hermano, el 4.9% una esposa el 22.4% a un abuelo, el 26.9% a un amigo y el 4.9% a un primo.	Inventario de duelo complicado (IDC-R) Inventario de depresión de Beck (BDI-II) Revised Impact of Event Scale	>6 meses (6 años de media)	Análisis de componentes principales	Diferenciación entre DC, TEPT y TDM

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Kopelovich (2015)	92 familiares y amigos de víctimas asesinadas.	Entrevista estructurada Post-homicide experiences questionnaire Inventario de depresión de Beck (BDI-II) Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) Inventario de duelo complicado (IDC) Entrevista telefónica	≥ 15 años	Análisis cuantitativo	Distinción conceptual entre TEPT, TDM y DC
Anderson (2018)	861 estudiantes sobrevivientes del tiroteo del 16 de abril en el Instituto Politécnico y Universidad Estatal de Virginia	Ítems basados en el IDC Trauma Screening Questionnaire (TSQ) (versión modificada) 6k Scale para síntomas depresivos y de ansiedad	3 meses	Análisis factorial exploratorio y confirmatorio	DC construcción diferente de TEPT y depresión

Trabajo	Muestra	Instrumento	Tiempo	Análisis	Resultados
Geronazzo-Alman et al. (2019)	1.696 niños de la ciudad de Nueva York tras los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York o Washington	5 ítems de UCLA Grief Screening Scale DISC Predictive Scales	6 meses	Análisis factorial Análisis de clases latentes	DC factor independiente de TDM y TEPT

Nota. ^a *Calculado a partir de los datos de las figuras o tablas del artículo*

¹ Escala modificada incluyendo ítems del IDC (Prigerson et al., 1995)

Continuando con el diagnóstico diferencial, focalizamos ahora nuestra atención en el trastorno de estrés postraumático. Desde aproximadamente 1997 hasta 2001, el duelo complicado se recogía bajo la categoría de *duelo traumático* porque refleja síntomas tanto de angustia por separación como de angustia traumática (Chen et al., 1999; Prigerson et al., 1997). Esa angustia traumática fue concebida en la mayoría de los casos como TEPT porque incluía síntomas de reexperimentación (pensamientos intrusivos sobre el difunto), evitación (recordatorios) y shock o incredulidad (no reacción emocional desde la muerte). Ciertamente la distinción entre duelo complicado y TEPT es algo borrosa aún, debido especialmente a la superposición entre pérdida y trauma (Raphael, 1997, Raphael y Martinek, 1997; Stroebe et al., 2001). Ambos constructos pueden tener eventos precipitantes comunes cuando la muerte del ser querido es el resultado de circunstancias violentas (Raphael y Martinek, 1997). Sin embargo, ese criterio en el diagnóstico de TEPT relacionado con que la respuesta debe provocar miedo, impotencia u horror, puede marcar la diferencia entre ambos, aunque sea una concepción prácticamente subjetiva (Raphael y Martinek, 1997). Por lo general, la respuesta al duelo no implicamiedo u horror. Por el contrario, la intensidad de los síntomas del duelo está más relacionada con la relación entre el doliente y el difunto, mientras que en el caso del trauma, con la gravedad del evento estresante.

Sin embargo, investigadores como Marwit (1996) han argumentado que, compartir características comunes, no permite equiparar el duelo complicado con otras entidades como el TEPT. Una distinción conceptual básica entre el duelo complicado y el TEPT la encontramos en las emociones dominantes asociadas con cada trastorno. Mientras que el trastorno de estrés postraumático se caracteriza típicamente por el miedo, el horror, la ira, la culpa o la vergüenza, combinados con una hiperactividad ansiosa y una reactividad

exagerada, la experiencia del duelo está marcada principalmente por el anhelo, la pérdida o el vacío. Además, con el trastorno de estrés postraumático después de una pérdida, los pensamientos intrusivos se fijan en el evento de muerte en sí e implican un sentido de amenaza, llevando a los individuos a evitar los recordatorios internos y externos del evento de muerte. Las intrusiones implican la activación incontrolable de recuerdos del evento traumático que son negativos y angustiosos (Horowitz, Bonanno y Holen, 1993). En el duelo complicado, los individuos pueden experimentar pensamientos intrusivos y voluntarios sobre diversos aspectos de la relación con el fallecido, incluidos los de contenido positivo, y la evitación se limita principalmente a aquellos estímulos que sirven como recordatorios de la realidad de la pérdida (Jordan y Litz, 2014).

Stroebe et al. (1991) también señalaron que las personas que viven una situación traumática evitan con mayor frecuencia los recordatorios del evento por el malestar que les provoca, mientras que los dolientes tienden a buscarlos porque en cierta manera son positivos y reconfortantes para ellos. En caso de activar ese síntoma de evitación en los dolientes, está orientado a evitar la realidad de la pérdida a través de la negación o incluso la disociación (Prigerson y Jacobson, 2001; Prigerson, Jacobs, Rosenheck y Maciejewski, 1999). Por último, en este sentido las personas que han vivido una situación traumática tienden a evitar hablar sobre lo sucedido, mientras que por el contrario los dolientes buscan hablar con los demás sobre la pérdida y la persona fallecida. Por todo ello, a pesar de la propuesta de Horowitz et al. (1997) acerca de considerar la evitación como un síntoma central del duelo complicado, Prigerson y Jacobson (2001) encontraron una baja sensibilidad en este elemento (.26), al evaluarlo 14 meses tras la pérdida. Además, el ítem de evitación del IDC presentaba baja especificidad para predecir casos de duelo complicado, por lo que finalmente decidieron

descartarlo (Prigerson y Jacobs, 2001; Prigerson et al., 1999). Con todo ello, podemos concluir que la evitación no parece un síntoma central en el duelo complicado como sí lo es en el caso del TEPT. Por último, los autores anteriormente mencionados también observaron que el síntoma de hipervigilancia tan reseñable también del TEPT, no aparecía en el caso del duelo complicado, pues la vigilancia extrema que muestran los dolientes siempre está orientada a buscar pistas o recordatorios del difunto, no a buscar una respuesta de seguridad ante una amenaza.

Al argumentar el caso del duelo complicado como un trastorno distinto, se ha observado que incluye síntomas separados de los de la depresión, como pensamientos intensos e intrusivos, evitación de la actividad relacionada con el fallecido, anhelo y búsqueda del fallecido, soledad, etc. (Horowitz et al., 1997, Prigerson et al., 1995a). Sin embargo, estos síntomas parecen superponerse sustancialmente con los síntomas de TEPT. Esta observación está respaldada por una serie de estudios que encontraron altas correlaciones entre el duelo complicado y el TEPT (Cohen, 2006; Ehlers, 2006; Lichtenthal, Cruess y Prigerson, 2004). Si bien el TEPT y el duelo complicado comparten algunos síntomas relacionados con la intrusión y la disforia, se ha argumentado que el duelo complicado es teóricamente distinto del TEPT en relación con la ansiedad por separación (Lichtenthal, Cruess y Prigerson, 2004; Prigerson et al., 2009). Además, el TEPT a menudo implica una ansiedad más pronunciada que el duelo complicado cuando se enfrenta a recuerdos intrusivos del evento traumático; en el duelo, los recuerdos intrusivos de la relación perdida pueden ofrecer algunos elementos de confort (Lichtenthal et al., 2004). Autores como Stroebe (2001) observaron en general que la ansiedad juega un papel menos importante en los dolientes que en las víctimas de trauma. En esta misma línea, en el caso de los dolientes los esfuerzos de afrontamiento generalmente

implican volver a encontrar el papel en el mundo tras la pérdida del ser querido, mientras que, en el caso del trauma, tratan de procesar los eventos estresantes que rodean a la muerte. Además, como señala Marwit (1991), en el caso del trauma, el sentido de seguridad en el mundo se pierde o al menos se desestabiliza, hecho que no ocurre entre los dolientes. La recuperación en el duelo complicado implica reconstruir la vida sin el ser querido, mientras que en el caso de las personas con TEPT supone restablecer su seguridad en el mundo (Marwit, 1996).

O'Connor, Lasgaard, Shevlin y Guldin, 2010, demostraron en su estudio que el duelo complicado y el TEPT tienen una superposición significativa (aunque no total), y esto es importante tenerlo en cuenta en el trabajo clínico con el doliente. La correlación entre los dos constructos es alta y los resultados de este y otros estudios apuntan a que el duelo complicado y el TEPT se identifican por conjuntos de síntomas muy similares. Si bien es cierto, el estudio fue realizado con una muestra de ancianos con una pérdida reciente, sin especificar el carácter traumático de la pérdida.

En la tabla 5.1. podemos ver el estudio de Boelen y van den Bout, que en el año 2005 publicaron los resultados de su investigación con 1.321 individuos en duelo cuyo objetivo era averiguar si el duelo, la depresión y la ansiedad forman parte de constructos diferentes. Varios estudios habían demostrado ya que los síntomas de duelo complicado son distintos de los síntomas de depresión y ansiedad; sin embargo, estos estudios estaban basados en análisis factoriales exploratorios (Lichtenthal, Cruess y Prigerson, 2004). Por ello, el objetivo de Boelen y van den Bout fue replicar los resultados con una mayor muestra y utilizando un análisis confirmatorio. Los resultados mostraron que un modelo de tres factores era superior a un modelo unitario. Asimismo, las correlaciones entre los factores fueron moderadas, lo

que indica que los grupos de síntomas representan construcciones distinguibles, pero a su vez relacionadas. Boelen, van de Schoot, van den Hout, Keijsers y van den Bout (2010) realizaron el primer análisis factorial confirmatorio para examinar el carácter distintivo de los síntomas de duelo complicado, depresión y trastorno de estrés postraumático. El hallazgo principal es que, en dos muestras independientes, los modelos en los que los síntomas formaron distintos factores se ajustan a los datos significativamente mejor que un modelo unitario con todos los elementos que forman una sola dimensión. Los hallazgos están en línea con el reciente análisis factorial exploratorio de Golden y Dalgleish (2010) y proporcionan evidencia adicional relacionada con los síntomas de duelo complicado como grupo diferenciado de los síntomas de depresión y TEPT (Prigerson et al., 2009).

5.3. Nomenclatura

Algo importante a destacar es que dentro de los criterios diagnósticos de la categoría de duelo complejo persistente para el DSM-5, se solicita al profesional que explore si las circunstancias de la muerte son traumáticas:

Especificar si:

“Con duelo traumático: duelo debido a homicidio o suicidio con preocupaciones angustiosas persistentes con respecto a la naturaleza traumática de la muerte (a menudo en respuesta a recuerdos de pérdida), incluidos los últimos momentos del difunto, el grado de sufrimiento y lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencional de la muerte” (APA, 2013).

Como sabemos, el debate de la nomenclatura o qué terminología emplear, sigue generando controversia en la actualidad. Ciertamente el grupo de Shear apuesta por duelo

complicado. Argumentan que prolongado (como aparece nombrado en la CIE-11) o persistente (como se menciona en la sección III del DSM-5), puede dar lugar a confusiones ya que reacciones normales de duelo pueden ser prolongadas y persistentes, pero no necesariamente patológicas. Por su parte la CIE-11, con su término *duelo prolongado* se centra más en el tiempo y la disfunción que provocan los síntomas de duelo y no incluye ninguna reseña al duelo traumático (OMS, 2018).

Sea cual sea su ubicación definitiva, en lo que sí insisten los especialistas es en mantener la especificación de *duelo traumático*, ya que la unión entre dolor y trauma se ha encontrado consistentemente en la literatura científica. Independientemente de cualquier decisión sobre dónde ubicar el diagnóstico de duelo, creemos que es valioso para cualquier modificación del DSM con respecto al duelo complicado, conservar la especificación "con duelo traumático" como un calificado sustancial. La importancia de la intersección del trauma y el duelo son hallazgos consistentes en la literatura clínica y de investigación (APA, 2020).

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6

ESTUDIO 1: Estructura factorial del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

CAPÍTULO 6:

ESTUDIO 1: Estructura factorial del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

6.1. Introducción

El objetivo principal de la parte empírica de esta tesis doctoral era, como reza el título de la propia tesis, examinar el duelo complicado en dolientes víctimas del terrorismo y en dolientes de la población general y, así, tratar de responder a la pregunta de si existe el duelo traumático, es decir, si existe un duelo complicado en las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido como consecuencia de un suceso traumático, en concreto, un atentado terrorista, que es diferente del duelo complicado que puede aparecer en las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido en otras circunstancias. La contestación a esta pregunta remite a su vez a un conjunto amplio de posibles preguntas más específicas sobre la distinción entre ambos fenómenos patológicos que a la postre señalan a fuentes de datos empíricos o evidencias necesarias para contestarlas y cuyas contestaciones, tomadas en su conjunto, permitirían afirmar o negar la existencia del duelo traumático.

Entre ese numeroso conjunto de preguntas más específicas que pueden ayudar a analizar la existencia del duelo traumático, la presente tesis doctoral trata de responder a tres. En primer lugar, si el duelo complicado “traumático” es distinto del duelo complicado “normal”, esto podría significar que los síntomas de duelo complicado se estructuran de manera distinta en los dolientes tras un fallecimiento traumático que, en los dolientes tras un fallecimiento no traumático, es decir, que las relaciones que guardan entre sí los síntomas del duelo complicado serían distintas en los primeros dolientes en comparación a los segundos. El análisis de la estructura de un conjunto de síntomas, de las relaciones que guardan entre sí, se puede abordar a partir del análisis factorial, una

técnica estadística que intenta identificar constructos subyacentes o factores que expliquen la configuración de las correlaciones dentro de un conjunto de variables observadas. En este contexto, una pregunta cuya contestación ayudaría a establecer la existencia o no del duelo traumático sería la siguiente: ¿la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado es diferente en las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista y en los dolientes que han perdido un ser querido en circunstancias no traumáticas?

En segundo lugar, si el duelo complicado “traumático” existe, sus síntomas deberían ser distintos de los que definen otros trastornos mentales que pueden aparecer en las personas que han sufrido un acontecimiento traumático, incluido las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista. Por ejemplo, los familiares directos de las personas que han muerto debido a un suceso accidental o violento como, por ejemplo, un atentado terrorista, pueden, con mucha frecuencia, sufrir un trastorno de estrés postraumático o un trastorno depresivo (García-Vera et al., 2021; Sanz et al., 2021). Si el duelo complicado “traumático” existe debería incluir unos síntomas que fueran distintos de los del trastorno de estrés postraumático y los del trastorno depresivo, de manera que los primeros guardarían una relación muy estrecha entre ellos y serían más independientes de los síntomas de estrés postraumático y de depresión. En términos del análisis factorial que, como se ha visto, permite analizar las correlaciones dentro de un conjunto de variables e identificar constructos subyacentes o factores que expliquen la configuración de esas correlaciones, una pregunta cuya contestación ayudaría a establecer la existencia o no del duelo traumático sería la siguiente: ¿la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión permite identificar un factor de duelo complicado en el que se agrupen los síntomas de duelo complicado y

que sea distinto de otros factores en los que se agrupan los síntomas de estrés postraumático y depresión?

Por último, y en relación con la pregunta anterior, si el duelo complicado “traumático” existe, cabría la posibilidad de que los síntomas de duelo complicado tuvieran relaciones con los síntomas de estrés postraumático y de depresión que fueran distintas en los dolientes tras un fallecimiento traumático y en los dolientes tras un fallecimiento no traumático. En consecuencia, una pregunta cuya contestación ayudaría a establecer la existencia o no del duelo traumático sería, en términos del análisis factorial, la siguiente: ¿la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión es diferente en las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista y en los dolientes que han perdido un ser querido en circunstancias no traumáticas?

Precisamente, el objetivo principal del primer estudio de la presente tesis doctoral fue contestar a la primera pregunta de las tres planteadas anteriormente, a saber, ¿la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado es diferente en las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista y en los dolientes que han perdido un ser querido en circunstancias no traumáticas?

Para alcanzar ese objetivo principal del primer estudio tomamos como referencia los resultados obtenidos en un estudio previo realizado durante el desarrollo de la presente tesis doctoral (Soriano et al., 2022) y en el cual analizamos las propiedades psicométricas del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en una muestra de dolientes que habían perdido un familiar directo en un atentado terrorista y, entre dichas propiedades psicométricas, analizamos la estructura interna o factorial del IDC cuyos ítems, tal y como ya se ha comentado en la parte teórica de esta tesis, tratan de medir cada uno de ellos un

síntoma de duelo complicado. Respecto a esa estructura interna, los resultados del análisis factorial exploratorio del estudio indicaban que el IDC muestra una estructura de un solo factor en los dolientes de fallecidos en atentados terroristas que, además, justificaría y validaría la puntuación global que suele obtenerse con el IDC. En concreto, los ítems del IDC mostraban pesos factoriales elevados ($\geq .45$) en la solución unifactorial y, de hecho, 16 de los 19 ítems, tenían pesos factoriales por encima de .60. Además, la correlación entre los dos factores de una solución bifactorial alternativa fue positiva y muy elevada (.71), y los índices de bondad de ajuste (GFI, CFI, NNFI, RMSEA, WRMR) y de ajuste a una solución unidimensional (UniCo, ECV y MIREAL) para la solución unifactorial superaban en todos los casos los índices que se consideran buenos o aceptables según los criterios convencionales. Todo ello, en definitiva, apoyaba la idoneidad de la solución unifactorial.

Este resultado coincidía con la solución unifactorial encontrada en estudios previos como el de Prigerson et al. (1995), Lumbeck et al. (2012), Carmassi et al. (2014) o Ludwikowska-Świeboda y Lachowska (2019) realizados, todos ellos, con muestras de participantes compuestas totalmente o casi en su totalidad por dolientes de fallecidos por causas no violentas y, por lo tanto, podría sugerir que la estructura interna de los síntomas de duelo complicado es igual en dolientes de fallecidos por causas violentas, en este caso, por atentado terrorista, y en dolientes de fallecidos por causas no violentas, y, por ende, que el duelo traumático no existe.

Sin embargo, la mayoría de las soluciones unifactoriales encontradas en estudios previos con dolientes de fallecidos por causas no violentas son cuestionables, ya que se han obtenido utilizando procedimientos desfasados y problemáticos para realizar los correspondientes análisis factoriales exploratorios. Por ejemplo, la mayoría de los estudios utilizaron un análisis de componentes principales para la extracción de los

factores y/o el criterio de Kaiser de valores propios mayores de 1 para la identificación del número de factores a extraer, procedimientos ambos que son problemáticos en el análisis factorial de los ítems de un test y que suelen conducir a soluciones con un número errónea de factores. Por otro lado, los estudios previos que han encontrado una solución unifactorial en muestras de dolientes de fallecidos por causas no violentas se han realizado en Estados Unidos de América (Prigerson et al., 1995), Alemania (Lumbeck et al., 2012), Italia (Carmassi et al., 2014) y Polonia (Ludwikowska- Świeboda y Lachowska, 2019). Dado que, además de los factores metodológicos, hay otros factores relevantes que pueden explicar las diferencias en las soluciones factoriales encontradas como, por ejemplo, la cultura, cabría la posibilidad de que la estructura interna de los síntomas de duelo complicado en dolientes de fallecidos por causas no violentas fuera distinta en España que en esos otros países y, por lo tanto, que aún así se encontrara que dicha estructura interna fuera diferente a la encontrada en dolientes también españoles pero de fallecidos por atentado terrorista.

6.2. Objetivo e hipótesis

En ese contexto teórico y empírico anteriormente señalado, el objetivo principal de este Estudio 1 fue examinar la estructura interna del IDC en una muestra de dolientes de la población general española que habían perdido un ser querido por causas no violentas y comparar dicha estructura con la obtenida en nuestro estudio previo con dolientes españoles de fallecidos en atentados terroristas (Soriano et al., 2022).

Como objetivo secundario, en el Estudio 1 también se analizaron otras propiedades psicométricas del IDC en una muestra de dolientes de la población general española que habían perdido un ser querido por causas no violentas para compararlas con las obtenidas en nuestro estudio previo con dolientes españoles de fallecidos en atentados terroristas

(Soriano et al., 2022) y, en cualquier caso, ampliar las evidencias sobre la validez y fiabilidad del IDC para medir el duelo complicado en dolientes españoles.

6.3. Método

Participantes

Se reclutó una muestra de dolientes de la población general utilizando la técnica de la bola de nieve. Se contactó con familiares y allegados adultos de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y se les invitó a participar en este estudio ofreciéndoles a cambio una evaluación de su perfil psicopatológico. Para ello se creó una entrevista *ad hoc* y se administraron los cuestionarios objeto de estudio. Para seleccionar a los alumnos, organizamos un seminario titulado «Psicología clínica: duelo y trastorno de estrés postraumático en víctimas del terrorismo» dirigido a los alumnos de la asignatura de Psicología de la Personalidad de 3.º curso del Grado en Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Accedieron al seminario un total de 67 alumnos, de los cuales, 60 entregaron los seis protocolos de evaluación completos que se les pidió, seis alumnos entregaron cinco protocolos y un alumno no entregó ningún protocolo de evaluación. Por tanto, se contaba con una muestra total inicial de 390 participantes. Posteriormente, de esos 390, los datos de 26 participantes fueron excluidos por presentar incompletos los cuestionarios y/o datos sociodemográficos necesarios para la investigación, por lo que quedó una muestra casi definitiva de 364 dolientes (véase la figura 6.1).

De los 364 casos casi definitivos de la muestra de dolientes de la población general, analizamos cuáles habían cumplimentado los cuestionarios en función de un fallecimiento por causas no violentas y, tras eliminar 124 casos, la muestra final del presente estudio

quedó compuesta por 240 personas que habían perdido un ser querido debido a una causa no violenta como, por ejemplo, enfermedad o edad.

La edad de los participantes de esta muestra final oscilaba entre 19 y 88 años (media = 51,14; $DT = 20,21$) y más de la mitad eran mujeres, concretamente el 62,5% (véase la figura 6.2).

Figura 6.1. Diagrama de flujo de participantes de la población general y del procedimiento de este estudio

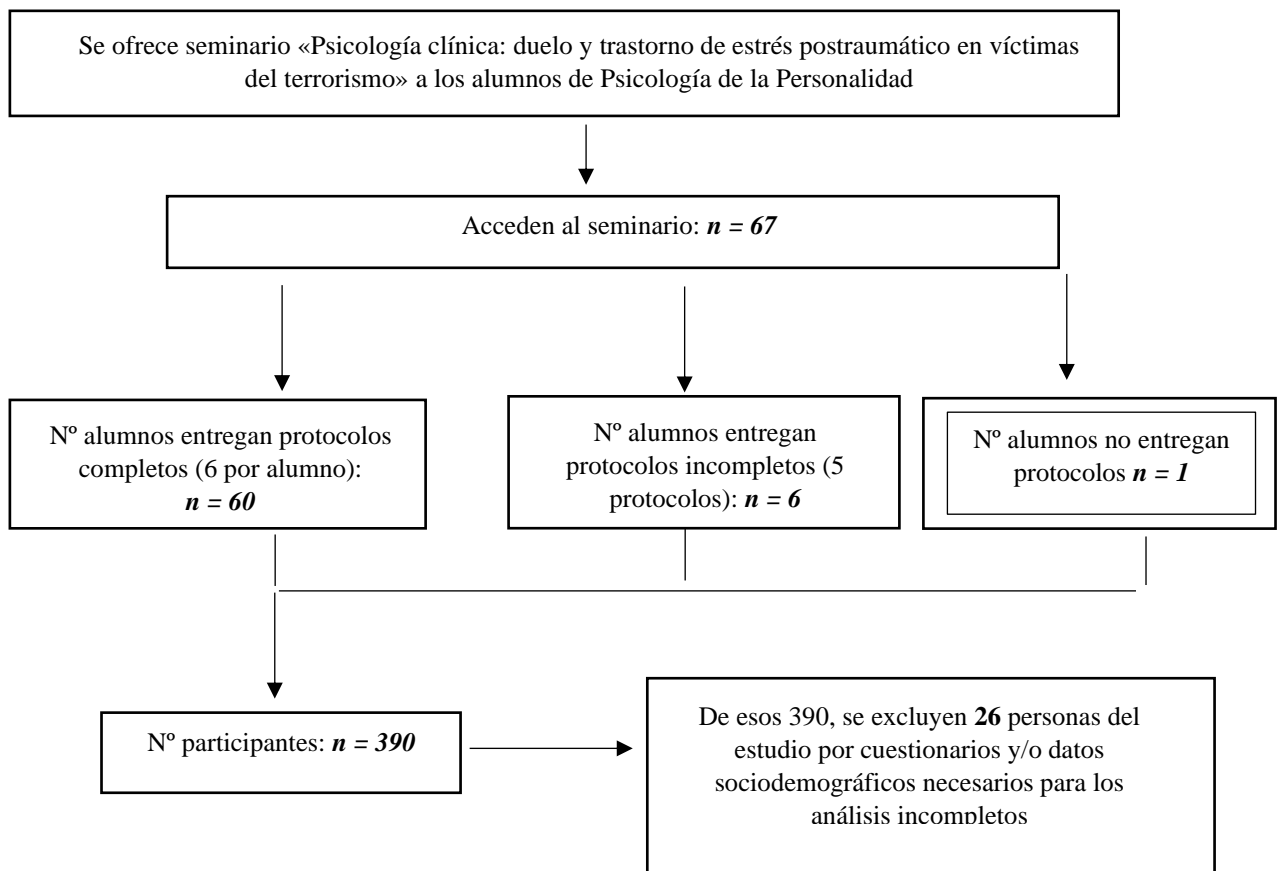
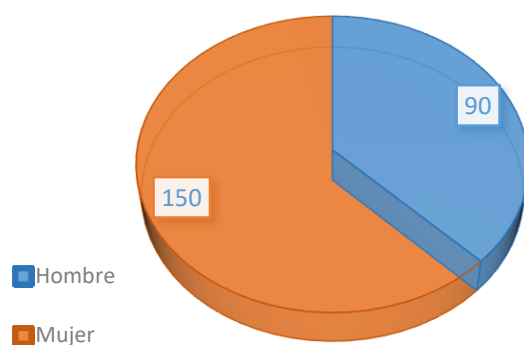


Figura 6.2. Frecuencia de hombres y mujeres en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas



El estado civil más predominante en la muestra final de la población general que participó en el estudio era casado/a, siendo este el estado del 47,5% de la muestra, seguido por el de soltero/a (27,1%) y, en menor medida, el de viudo/a (12,5%), divorciado/a (8,3%), conviviendo con pareja estable (3,8%) y separado/a (.8%) (véase la tabla 6.1).

Tabla 6.1. Estado civil en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	65	27,1
Casado/a	114	47,5
Separado/a	2	,8
Divorciado/a	20	8,3
Viudo/a	30	12,5
Conviviendo con pareja estable	9	3,8

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de los dolientes tenían, tal y como se recoge en la tabla 6.2, estudios primarios, secundario o de FP (70%) y el 25,4% estudios universitarios. Las víctimas sin ningún tipo de estudios representan apenas un 4,6%.

Tabla 6.2. Nivel de estudios en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	11	4,6
Primarios/EGB/Secundaria/ESO	69	28,8
BUP/COU/Bachillerato actual	62	25,8
FP grado medio/superior	37	15,4
Diplomatura universitaria o equivalente	50	20,8
Máster/posgrado universitario o equivalente	8	3,3
Doctorado	3	1,3

La situación laboral que presentaban los dolientes de la muestra final de la población general también era muy variada (véase la tabla 6.3). Al respecto, cabe destacar que en la muestra había porcentajes relevantes de trabajadores/as contratados/as (38,3%), jubilados/as (22,9%), estudiantes (16,3%), amos/as de casa (8,8%), trabajadores/as por cuenta propia (6,3%) y, por último, estudiantes y trabajadores/as al mismo tiempo (3,8%) y trabajadores en paro (3,8% de la muestra).

Tabla 6.3. Ocupación de la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando contratado	92	38,3
Trabajando por cuenta propia	15	6,3
En paro (búsqueda activa de empleo)	9	3,8
Estudiante	39	16,3
Estudiante y trabajador	9	3,8
Ama/o de casa	21	8,8
Jubilado	55	22,9

La mayoría de los dolientes de la muestra final de la población general (59,2%) eran familiares de primer grado de personas fallecidas (véase la tabla 6.4).

Tabla 6.4. Grado de parentesco con el fallecido en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Grado de parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padre/madre	96	40%
Pareja	21	8,8%
Hermano/a	25	10,4%
Otros parentescos	98	40,8%

La media de años entre el fallecimiento del familiar y la realización de la evaluación psicológica fue de 15,29 años ($DT = 15,17$). Más de la mitad de los familiares de la muestra fallecieron a causa de una enfermedad (57,5%), seguidos de muerte súbita (13,3%), causas asociadas a la edad (12,9%) o accidente (11,7%) (véase la tabla 6.5).

Tabla 6.5. Causas de fallecimiento de los familiares de la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Causa fallecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad	138	57,5
Edad	31	12,9
Muerte súbita	32	13,3
Accidente	28	11,7
Otras causas	10	4,6

Durante su evaluación, el 24,2%, 6,7% y 31,3% de la muestra de dolientes de la población general obtuvo puntuaciones significativas en medidas de sintomatología de duelo complicado (*Inventario de Duelo Complicado* o IDC; Prigerson et al., 1995; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009), de estrés postraumático (PCL-5; Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx y Schmurr, 2013; Sanz et al., 2016) y de depresión (*Beck Depression Inventory-II* o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), respectivamente.

Instrumentos

- Sintomatología de duelo complicado. Utilizamos la adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado (IDC; Prigerson et al., 1995;

adaptación al castellano de Limonero et al., 2009). Es el instrumento más comúnmente utilizado para identificar los niveles clínicos de síntomas de duelo complicado en la investigación. Consta de 19 afirmaciones sobre pensamientos y comportamientos relacionados con el duelo con cinco opciones de respuesta que indican diferentes niveles de gravedad de los síntomas. Para su corrección se suman los puntos de cada ítem, de manera que las posibles puntuaciones totales fluctúan de 0 a 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a un mayor nivel de sintomatología de duelo complicado y a una mayor probabilidad de padecer el trastorno. Según los autores originales, una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. Con respecto a los criterios de calidad psicométrica, este cuestionario presenta buenos índices de fiabilidad y validez, tanto en su versión original (alfa de Cronbach = .94; fiabilidad test-retest = .80; Prigerson, Maciejewski et al., 1995) como en su adaptación al castellano (alfa de Cronbach = .88; fiabilidad test-retest = .81; Limonero et al., 2009) (véase anexo 2).

- Sintomatología depresiva. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II está formado por 21 grupos de afirmaciones o ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos según el DSM-IV. Para cada ítem, la persona evaluada debe escoger la afirmación que mejor refleje su estado en las últimas dos semanas y que son valoradas de 0 a 3 según la gravedad que representan, de manera que el BDI-II proporciona una puntuación total en depresión con un rango de 0 a 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BDI-II tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango

de poblaciones. La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., alfa = entre .87 y .91; Sanz, 2013).

- Sintomatología de estrés postraumático. Empleamos la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013), en su adaptación española de Sanz et al. (2016). La PCL-5 consta de 20 ítems correspondientes a los criterios síntomas del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Cada uno de estos ítems es valorado por una escala de 0 a 4, donde 0 significa “nada” y 5 “extremadamente”, en función de cómo el sujeto ha experimentado ese síntoma en el último mes. La PCL-5 permite de este modo obtener una puntuación total de sintomatología de estrés postraumático que puede variar entre 0 y 60. La investigación inicial sugiere que una puntuación de corte entre 31 y 33 es considerada clínicamente significativa (véase el Anexo 1).

Procedimiento

Se reclutó una muestra de 240 familiares de la población general española que habían perdido un ser querido en circunstancias no violentas o no traumáticas contactando con familiares y allegados de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UCM a los que se les invitó a participar en este estudio ofreciéndoles a cambio una evaluación de su perfil psicopatológico. Los participantes, tras rellenar y firmar una hoja consentimiento de participación voluntaria, cumplieron un cuestionario inicial creado *ad hoc* en el que se recogían datos sociodemográficos, preguntas asociadas a la reacción ante la

pérdida del ser querido y un listado de acontecimientos traumáticos y estresantes. En este punto es importante mencionar que, debido a que el reclutamiento de la muestra de población general coincidió con el inicio y curso de la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2, se decidió incluir algunas cuestiones sobre contagios propios o de familiares cercanos, miedo a contraerlo y posibles fallecimientos cercanos por esta misma causa. Por último, los participantes completaron los cuestionarios BDI-II, PCL-5 e IDC, en este orden.

Los cuestionarios fueron aplicados individualmente por el estudiante de Psicología que, como parte de un seminario voluntario, había invitado al participante a colaborar en esta investigación. En entrenamiento y supervisión de los estudiantes en la aplicación de los cuestionarios fue realizado, durante las clases de ese seminario, por la autora de esta tesis doctoral y por otros tres doctorandos especializados en la evaluación y tratamiento de los trastornos emocionales asociados al estrés, incluido el duelo complicado.

Análisis estadísticos

Estructura factorial

Se realizaron análisis factoriales sobre las respuestas a los ítems del IDC mediante el programa FACTOR, v. 10.8.04 (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017). Los análisis factoriales se realizaron sobre la matriz de correlaciones policóricas entre ítems, ya que la mayoría de los 19 ítems (13 ítems; 68,4%) presentaban valores de curtosis o asimetría fuera del rango que indica una distribución normal de sus puntuaciones (-1/+1) y el análisis de Mardia de la curtosis y asimetría multivariada reveló resultados significativos para la curtosis ($p < .05$), aunque no para la asimetría.

Se realizó el test de esfericidad de Bartlett y el de Kaiser-Meyer-Olkin (test KMO) para analizar la adecuación de los datos al análisis factorial y se llevaron a cabo cinco

procedimientos para determinar el número de factores más adecuado a extraer: gráfico de sedimentación de Cattell, método de Hull, test de la correlación parcial media mínima o MAP de Velicer (1976), análisis paralelo clásico y análisis paralelo óptimo de Timmerman y Lorenzo-Seva (2011). Se extrajeron tantos factores como recomendaban mayoritariamente dichos procedimientos, para lo cual se utilizó el método de estimación robusto de mínimos cuadrados no ponderados (RULS), ya que no asume el supuesto de distribución normal multivariante de los datos.

Se calcularon los siguientes índices de bondad de ajuste para cada una de las soluciones factoriales recomendadas (con los correspondientes criterios para un ajuste adecuado) (West et al., 2012): 1) χ^2/gf (≤ 5); 2) índice de bondad de ajuste o GFI ($\geq .95$); 3) índice de ajuste comparativo de Bentler o CFI ($\geq .95$); 4) índice de ajuste no normalizado o NNFI o TLI ($\geq .95$); 5) raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación o RMSEA ($\leq .08$), y 6) raíz media cuadrática residual ponderada o WRMR ($< .90$), y, en el caso de extraer un único factor, se calcularon los tres índices siguientes de ajuste a una solución unidimensional: índice de congruencia unidimensional (UniCo), porcentaje de varianza común explicada (ECV) y media de las saturaciones absolutas residuales de los ítems (MIREAL) (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2018).

Los resultados de estos índices de bondad de ajuste fueron considerados en el contexto de la interpretación psicológica de la matriz de pesos factoriales de las distintas soluciones factoriales, matriz que, en el caso de las soluciones de dos o más factores, fue rotada mediante un procedimiento oblicuo promin. En la interpretación psicológica se tuvo en cuenta el contenido de los ítems que en esas matrices presentaban pesos factoriales $\geq .35$ en un factor y que a la vez presentaban pesos factoriales menores en los restantes factores.

Consistencia interna

Se realizaron, mediante el programa JASP, v. 0.14 (JASP Team, 2020), análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald para la escala total o las subescalas del IDC definidas por la solución factorial considerada más adecuada.

Relación con otros constructos teóricamente relacionados

Se calcularon, mediante el programa SPSS, v. 25, las correlaciones de las medidas de depresión (BDI-II) y estrés postraumático (PCL-5) con las puntuaciones de la escala total o las subescalas definidas por la solución factorial considerada más adecuada.

6.4. Resultados

Estructura factorial

Tras los resultados obtenidos con la muestra de dolientes de fallecidos por terrorismo (Soriano et al., 2022), nuestra intención en este Estudio 1 era comprobar cómo se comportan los ítems del IDC con una muestra de dolientes de fallecidos por circunstancias no violentas y comparar dicho comportamiento con el obtenido con la muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas. Los resultados del test de esfericidad de Bartlett (4096.7, $p < .00001$) y del test KMO (.900, considerado muy bueno según los criterios convencionales) indicaban que la matriz de correlaciones policóricas era adecuada para el análisis factorial.

Los resultados del gráfico de sedimentación (figura 6.3) y de los otros cuatro procedimientos de determinación del número de factores a extraer (tabla 6.6) indicaban una solución unifactorial casi unánime, pero el análisis paralelo clásico de Horn indicaba

una solución de dos factores (bifactorial). Por tanto, se extrajeron un factor y dos factores para comparar sus índices de bondad de ajuste y su interpretación psicológica.

Figura 6.3. Gráfico de sedimentación del IDC basado en la matriz de correlaciones policóricas en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

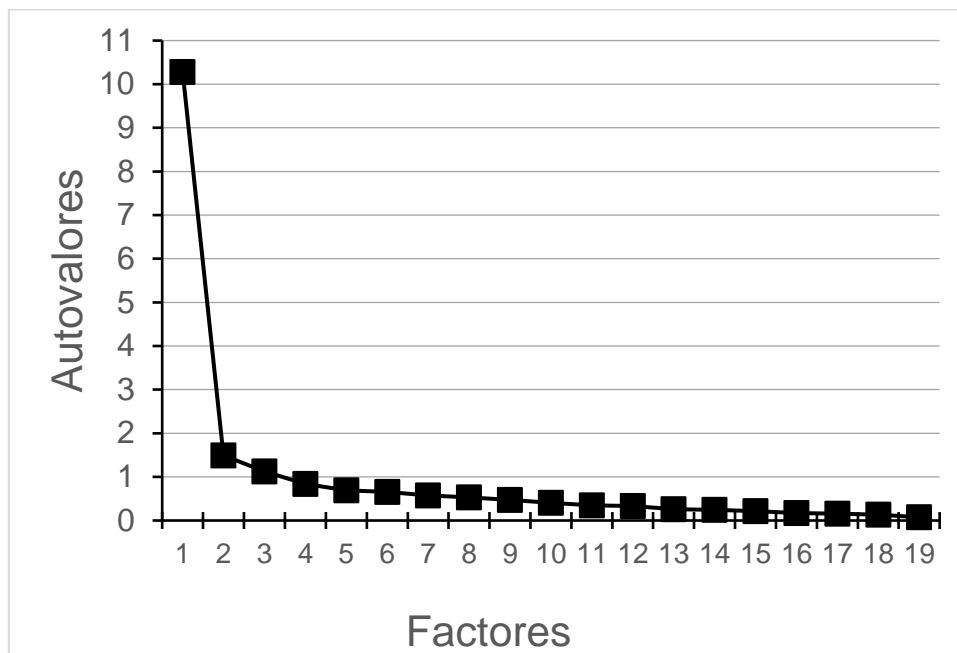


Tabla 6.6. Número recomendado de factores a extraer en las matrices de correlaciones policóricas de los ítems del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Resultados	Nº de factores
<i>Scree test</i> (gráfico de sedimentación) de Cattell	1
Análisis paralelo optimizado de Timmerman y Lorenzo-Seva	1
Análisis paralelo clásico de Horn	2
Método de Hull	1

Resultados	Nº de factores
Test de la correlación parcial media mínima (MAP) de Velicer	1

Los índices de bondad de ajuste obtenidos para las soluciones unifactorial y bifactorial se recogen en la tabla 6.7. Ambas soluciones mostraron índices de ajuste aceptables o buenos según los criterios convencionales, aunque los de la solución bifactorial eran ligeramente mejores (véase la tabla 6.7). En relación con la solución de un factor, los tres índices adicionales que específicamente evaluaban el ajuste de una solución unifactorial (UniCo, ECV y MIREAL), sugerían que dicha solución se ajustaba bien a los datos.

En relación con la interpretación psicológica de las soluciones factoriales, los pesos factoriales obtenidos en la solución unifactorial y los pesos factoriales obtenidos en la matriz rotada de la solución bifactorial se presentan en la tabla 6.8. Esos pesos factoriales indicaban que el segundo factor de la solución bifactorial estaba definido por solo dos ítems (pesos factoriales $\geq .35$ en el factor y menores en los restantes factores). Estos dos ítems tenían un contenido sintomatológico similar relacionado con la experiencia de pseudoalucinaciones o alucinaciones auditivas o visuales sobre la persona fallecida: *Escucho la voz de la persona fallecida hablándome* (ítem 14) y *Veo a la persona que murió de pie delante de mí* (ítem 15). Otra característica común a ambos ítems es la puntuación media tan baja mostrada y el pequeño número de dolientes que presentaba esos síntomas. Esta característica era más pronunciada en el ítem 15, que tiene la puntuación media más baja (.23), mientras que el ítem 14 tiene seis ítems con puntuaciones medias más bajas por debajo (.45) (véase la tabla 6.8). Estos mismos datos se repiten si nos fijamos en la frecuencia con la que los participantes contestaban que “a menudo” o “siempre” habían sufrido ese síntoma —4.4% de los participantes para el ítem

14 y 3% para el ítem 15—, de hecho, el ítem 15 vuelve a mostrar el valor más bajo, mientras que el 14 tiene por debajo cinco ítems con menor porcentaje de respuesta.

Tabla 6.7. Índices de ajuste de las soluciones factoriales del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Resultado	Unifactorial	Bifactorial
% de varianza explicada	54.11%	61.97%
χ^2 / grados de libertad	2.07*	1.59*
Índice de bondad de ajuste: GFI	.983*	.991*
	(.982 – .988)	(.991 – .994)
Índice de ajuste comparativo: CFI	.990*	.995*
	(.990 – .994)	(.995 – .997)
Índice de ajuste no normalizado: NNFI	.989*	.994*
	(.989 – .994)	(.994 – .997)
RMSEA	.055*	.040*
	(.044 – .053)	(.033 – .037)
WRMR	.068*	.048*
	(.060 – .069)	(.044 – .046)
Ajuste de soluciones unifactoriales		
Congruencia unidimensional: UniCo	.964*	—
	(.945 – .985)	
Varianza común explicada: ECV	.883*	—
	(.859 – .914)	
MIREAL	.218*	—
	(.166 – .265)	

Nota. Análisis factorial realizado con el método robusto de mínimos cuadrados no ponderados (RULS). MIREAL = Media de las saturaciones absolutas residuales de los ítems. RMSEA = Error de aproximación cuadrático medio. WRMR = Raíz media cuadrática residual ponderada. *Índices aceptables o buenos según los criterios convencionales: $\chi^2 / gl < 5$; GFI, CFI y NNFI $> .95$; RMSEA $\leq .08$; WRMR $< .90$; UniCo $> .95$; ECV $> .85$; MIREAL $< .30$.

Por lo tanto, este segundo factor parecía responder tanto a un factor de contenido o sustancial, en cuanto los ítems que la componen tienen que ver con la experiencia de pseudoalucinaciones o alucinaciones sobre el fallecido, como a un factor técnico (o de dificultad), es decir, a un factor producto de unas distribuciones de puntuaciones muy parecidas, en este caso, de unas distribuciones con elevados apuntamientos y asimetrías positivas (Gorsuch, 1997). En cualquier caso, era un factor definido por tan solo dos ítems, un número tan bajo que los especialistas suelen considerar que no es fiable (Gorsuch, 1997).

Por otro lado, todos los ítems mostraban pesos factoriales elevados ($\geq .45$) en la solución unifactorial; es más, 14 de los 19 ítems, mostraban pesos factoriales mayores de .60 en dicha solución (véase la tabla 6.8), lo que apoyaba la idoneidad de la solución unifactorial. Además, la correlación entre los dos factores de la solución bifactorial fue muy grande y positiva (.81), lo que también apoyaba la idoneidad de la solución unifactorial.

En resumen, los resultados de los análisis factoriales indicaban que la estructura factorial del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas era unifactorial.

Consistencia interna

El hallazgo de una estructura unifactorial en el IDC justificaría la obtención y validez de una puntuación total en IDC. Los resultados de los análisis de fiabilidad de consistencia interna de las puntuaciones totales del IDC revelaron que, según los estándares de Hernández et al. (2006), dichas puntuaciones obtuvieron coeficientes de consistencia interna excelentes ($\geq .85$), en concreto, un coeficiente alfa de Cronbach de .916 y un coeficiente omega de McDonald de .922. Los índices de consistencia interna de los ítems del IDC superaban en todos los casos el valor de .30, oscilando entre .377 y .758.

Tabla 6.8. Matriz de pesos factoriales de las soluciones factoriales del IDC en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución unifactorial	Solución bifactorial	
		Factor 1	Factor 2
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	.837	.755	
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	.764	.665	
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	.862	.855	
4. Anhele a la persona que murió.	.597	.749	-.351
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	.493	.566	
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	.754	.851	
7. No me puedo creer que haya sucedido.	.750	.840	
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	.858	.873	
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	.734	.635	

Ítem	Solución unifactorial	Solución bifactorial	
		Factor 1	Factor 2
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	.724	.632	
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	.582	.439	.370
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	.615	.546	
13. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	.813	.839	
14. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	.528	.381	.384
15. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	.631	.409	.598
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	.791	.777	
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.	.770	.844	
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	.563	.625	
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	.839	.770	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución bifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

Tabla 6.9. Media, desviación típica (*DT*), porcentaje (%) de participantes que contestan (“a menudo” o “siempre”) y correlación corregida ítem-total (r_{i-t}) de los ítems del ICG en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Media	<i>DT</i>	%	r_{i-t}
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	.93	1.11	9.6	.743

Ítem	Media	DT	%	r_{i-t}
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	.74	.99	5.8	.648
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	.88	1.29	13.5	.758
4. Anhele a la persona que murió.	2.72	1.24	57.9	.497
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	1.79	1.45	32.7	.428
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	1.05	1.34	15.4	.682
7. No me puedo creer que haya sucedido.	1.19	1.42	19.5	.670
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	.77	1.18	10.9	.748
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	.32	.78	3.3	.523
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	.41	.88	5.2	.547
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	.25	.71	1.9	.377
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	.33	.79	3.3	.438
13. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	.75	1.09	8.2	.719
14. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	.45	.90	4.4	.410
15. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	.23	.72	3.0	.442
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	.25	.77	3.6	.557
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.	1.31	1.32	18.1	.689
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	.91	1.33	15.4	.476
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	.66	1.07	7.1	.718

Distribución de puntuaciones

Las puntuaciones totales del IDC oscilaron entre 0 y 70, con una media de 15.30, una mediana de 12.0 y una desviación típica de 13.46. La distribución de las puntuaciones totales del IDC se ajustaba, en general, a una distribución normal, ya que el índice de curtosis estaba dentro del rango -1 y 1 (.91) y el de asimetría, aunque era mayor de ese rango (1.15), la desviación era muy pequeña y, en todo caso, no se desviaba del rango -2 y 2. Los tres ítems con puntuaciones medias más elevadas fueron, por este orden, el 4 (“Anhelo a la persona que murió”), el 5 (“Atracción por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida”) y el 17 (“Siento amargura por la muerte de esa persona”), mientras que los tres ítems con puntuaciones medias más bajas fueron, por este orden, el 15 (“Veo a la persona que murió de pie delante de mí”), el 16 (“Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto”) y el 11 (“Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió”) (véase la tabla 6.9). Teniendo en cuenta el criterio de una puntuación de 25, el 24.2% de las personas evaluadas ($n = 58$) presentaban un nivel de duelo complicado clínicamente significativo.

Relación con otros constructos teóricamente relacionados

A la hora de analizar la correlación con otros constructos, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa de las puntuaciones totales del IDC tanto con la medida de síntomas de estrés postraumático de la PCL-5 ($r = .506$) como con la medida de síntomas depresivos del BDI-II ($r = .312$), aunque en el primer caso la correlación era de tamaño grande y, en el segundo, de tamaño mediano.

6.5. Discusión

La existencia del duelo traumático: diferencias en la estructura interna de los síntomas de duelo complicado

El objetivo principal del Estudio 1 era examinar la estructura interna del IDC en una muestra de dolientes de la población general española que habían perdido un ser querido por causas no violentas y comparar dicha estructura con la obtenida en nuestro estudio previo con dolientes españoles de fallecidos en atentados terroristas (Soriano et al., 2022). Por tanto, en el presente estudio se llevó a cabo un análisis factorial de los ítems del IDC con los mismos procedimientos que utilizamos en Soriano et al. (2022) y los resultados encontrados indican claramente que el IDC muestra una estructura de un solo factor que replica la solución unifactorial encontrada en ese estudio previo con dolientes de fallecidos en atentados terroristas. En consecuencia, el descubrimiento de que la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado es similar en los adultos españoles que han perdido un ser querido en un atentado terrorista y en los adultos españoles que han perdido un ser querido en circunstancias no violentas no apoyaría, en principio, la existencia de un duelo complicado traumático como diferente del duelo complicado normal.

Es cierto, sin embargo, que en muestras de dolientes de fallecidos por causas no violentas se han obtenido soluciones factoriales del IDC distintas a la unifactorial, en concreto, tres factores (Gamba-Collazos y Navia, 2017; Li y Prigerson, 2016; Lifshitz et al., 2020; Limonero et al., 2009), cuatro factores (Masferrer et al., 2017) y seis factores (Simon et al., 2011). Sin embargo, estas soluciones factoriales son cuestionables, ya que la mayoría de los estudios que las obtuvieron utilizaron procedimientos desfasados y problemáticos para realizar los correspondientes análisis factoriales exploratorios. Por ejemplo, la mayoría de los estudios utilizaron un análisis de componentes principales para

la extracción de los factores (Gamba-Collazos y Navia, 2017; Li y Prigerson, 2016; Lifshitz et al., 2020; Limonero et al., 2009; Masferrer et al., 2017) y/o el criterio de Kaiser de valores propios mayores de 1 para la identificación del número de factores a extraer (Gamba-Collazos y Navia, 2017; Lifshitz et al., 2020; Limonero et al., 2009; Masferrer et al., 2017; Simon et al., 2011), procedimientos ambos que son problemáticos en el análisis factorial de los ítems de un test y que suelen conducir a soluciones con un número erróneamente elevado de factores (Gorsuch, 1997; Lloret-Segura et al., 2014).

Es necesario, por tanto, que futuras investigaciones analicen la estructura interna del IDC con procedimientos más actualizados y válidos para llevar a cabo los análisis factoriales. De hecho, la necesidad de que los investigadores actualicen dichos procedimientos y estén al tanto de los enormes avances que se han producido en los últimos años en el campo del análisis factorial, especialmente en el campo del análisis factorial exploratorio y semiconfirmatorio de los ítems de un test es una cuestión que se ha venido señalando en los últimos años por parte de reconocidos especialistas en psicometría (Ferrando, 2021; Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014; Lloret-Segura et al., 2014).

En consecuencia, a la espera de que se repliquen en futuras investigaciones los resultados del presente estudio comparando la estructura interna de los síntomas de duelo complicado en muestras de dolientes que han perdido un ser querido por causas violentas y no violentas, parece que esta fuente de evidencias no parece sustentar la propuesta de un duelo complicado traumático como diferente de un duelo complicado normal, aunque cabría la posibilidad que otras fuentes de evidencia sí apoyasen esa propuesta, cuestión que se abordarán en los siguientes estudios de esta tesis doctoral.

Propiedades psicométricas del IDC en dolientes de fallecidos por causas no violentas

Un objetivo secundario del Estudio 1 de la presente tesis doctoral era replicar las buenas propiedades psicométricas del IDC encontradas en una muestra de dolientes que habían perdido un ser querido en un atentado terrorista (Soriano et al., 2022) haciendo uso de una muestra de la población general de dolientes que habían perdido un ser querido por una causa no violenta. Con el mismo procedimiento de análisis que en nuestro estudio previo, los resultados de este estudio permiten afirmar que, al menos también en dolientes de la población general que han perdido un familiar por causas no violentas, las puntuaciones del IDC presentan índices adecuados de validez y fiabilidad para medir los síntomas de duelo complicado. En particular, los resultados presentan evidencias empíricas adecuadas de estructura interna, consistencia interna y relación con medidas de otros constructos teóricamente relacionados con los síntomas del duelo complicado, concretamente con la sintomatología de estrés postraumático y la depresión.

Respecto a la estructura interna, los resultados ya han sido comentados en el epígrafe anterior, por lo que nos centraremos en las otras dos propiedades psicométricas. En concreto, respecto a la consistencia interna de las puntuaciones totales del IDC en dolientes de fallecidos por causas no violentas, los índices obtenidos en el presente estudio indican que dicha consistencia es excelente ($\alpha = .916$ y $\omega = .922$). Si comparamos estos resultados con los obtenidos en estudios realizados con muestras de dolientes de fallecidos por causas no violentas, los replican (rango = $.93 - .947$; Carmassi et al., 2014; Gamba-Collazos y Navia, 2017; Li y Prigerson, 2016; Ludwikowska-Świeboda y Lachowska, 2019; Masferrer et al., 2017; Prigerson et al., 1995) o los mejoran (rango = $.87 - .88$; Limonero et al., 2009; Lumbeck et al., 2012).

Por último, en cuanto a la relación de las medidas del IDC con medidas de constructos teóricamente asociados con el duelo complicado, los resultados del presente estudio indican que, al igual que encontramos en la muestra de víctimas del terrorismo, las puntuaciones totales del IDC en dolientes de fallecidos por muerte no violenta correlacionan significativamente con medidas de estrés postraumático ($r = .506$) y con medidas de síntomas depresivos ($r = .312$), aunque, al contrario de lo que encontramos en la muestra de víctimas del terrorismo, la correlación con la depresión fue más pequeña, de tamaño medio, mientras que en dolientes de fallecidos en atentados terroristas, fue de tamaño grande ($r = .713$). Aunque esto podría indicar, en principio, que el IDC muestra mayores evidencia de validez de red nomológica en muestras de dolientes de fallecidos por atentados terroristas que en muestras de dolientes de fallecidos por causas no violentas, es conveniente recordar que el tamaño de la correlación depende de la variabilidad de las dos medidas que se correlacionan y que, habitualmente, la variabilidad de los síntomas emocionales, bien sean de depresión, estrés postraumático o de duelo complicado, es mayor en dolientes de fallecidos por causas violentas que en dolientes por causas no violentas. De hecho, también en relación con el estrés postraumático se ha encontrado una reducción en la correlación de las puntuaciones totales del IDC con la medida de estrés postraumático, siendo de $.757$ en nuestro estudio con dolientes de fallecidos en atentados terroristas (Soriano et al., 2022) y de $.506$ en este estudio con dolientes de fallecidos por causas no violentas. Es más, en esta última muestra de dolientes, la media de las puntuaciones totales en el IDC fue de 15.30 y su desviación típica de 13.46 , notablemente menores que las encontradas en la muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas, con una media de 23.46 y una desviación típica de 16.31 , y, además, la distribución de las puntuaciones en la muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas se ajustó mejor a una distribución normal, con índices

más pequeños de simetría y curtosis. Todos estos estadísticos indican claramente, pues, que la variabilidad de las puntuaciones del IDC en la muestra de dolientes de fallecidos en atentados fue mucho mayor que en la muestra de dolientes de fallecidos por causas no violentas y, por tanto, era comprensible que se obtuvieran índices menores de validez de red nomológica con el estrés postraumático y la depresión.

Por otro lado, cuando se comparan los resultados del presente estudio con los obtenidos en la literatura científica, se aprecia que los coeficientes de correlación del IDC con la depresión o el estrés postraumático varían mucho de unos estudios a otros. Por ejemplo, con medidas de depresión también obtenidas a partir del BDI o de alguna de sus versiones, se encontró una correlación con el IDC de .67 en Prigerson et al. (1995), de .61 en Gamba-Collazos y Navia (2017) y de .50 en Ludwikowska-Świeboda y Lachowska (2019), pero también coeficientes más bajos y de tamaño mediano como, por ejemplo, de .43 en Limonero et al. (2009) y de .38 en Lumbeck et al., (2012). Finalmente, en relación con medidas de estrés postraumático también obtenidas a partir de la PCL o alguna de sus versiones, se encontró una correlación con el IDC de .55 en Charney et al. (2018), muy similar a la obtenida en este estudio.

En resumen, se podría concluir que los resultados de este estudio sugieren que la asociación que suele mostrar el IDC con medidas de depresión y estrés postraumático en dolientes de fallecidos por causas no violentas se replica, en general, en los resultados del presente estudio y es comparable a la que se obtiene en dolientes de fallecidos por causas violentas como, por ejemplo, atentados terroristas, aunque dicha asociación es mayor en este último tipo de dolientes debido a la mayor variabilidad que suelen presentar los síntomas de duelo complicado así como los síntomas depresivos y de estrés postraumático.

Conclusiones y líneas futuras de investigación

En conclusión, en el título de este trabajo de investigación se reflejaba la incógnita que rodea la existencia o no del duelo traumático. Como hemos visto en el capítulo 3 de la presente tesis doctoral, ciertamente el término *duelo traumático* fue inicialmente empleado por Jacobson para referirse a lo que en aquella época se conocía como *duelo complicado*. Sin embargo, el término *traumático* al que nosotros hacemos referencia está ligado a las condiciones en las que se ha producido el fallecimiento del ser querido y que pueden generar una sintomatología diferente en el doliente, pues este tipo de muertes traumáticas son con frecuencia violentas, en muchas ocasiones con un carácter intencionado, como sucede en el caso de las víctimas del terrorismo, y suelen producirse de manera muy repentina y en condiciones trágicas y, en algunas ocasiones, incluso catastróficas. De hecho, desde los atentados del 11-S, el término *duelo traumático* se ha reservado para definir la reacción psicológica que aparece tras un evento traumático y la consiguiente pérdida de un ser querido como consecuencia del mismo (Ray y Prigerson, 2007).

Sin embargo, como ya se ha reflejado a lo largo de este trabajo, son pocos los estudios que se han centrado en evaluar las consecuencias psicológicas que producen los eventos traumáticos en los familiares de las víctimas, poniendo el foco especialmente en las víctimas directas supervivientes. Este hecho lo encontramos en la psicopatología en general, pero especialmente, en el caso del duelo complicado (incluso traumático en estos casos). Pfefferbaum et al. (2001), por ejemplo, encontraron una fuerte asociación entre los síntomas de TEPT y los de duelo complicado en 40 familiares, amigos y conocidos de fallecidos en el atentado de Oklahoma en 1995. Estos hallazgos apoyaban la construcción de la categoría de duelo traumático, sin embargo, eran insuficientes para poder generalizarlos y extraer conclusiones sólidas. Los datos de nuestro estudio previo también

mostraban una fuerte asociación entre los síntomas de TEPT y los de duelo complicado ($r = .71$; Soriano et al., 2022), valor que, como hemos comentado en el epígrafe anterior, era superior al encontrado en la población general de dolientes, tanto en nuestro estudio como en la revisión de la literatura científica. Asimismo, la prevalencia de duelo complicado en la muestra de víctimas del terrorismo casi duplicaba el dato obtenido en este estudio en la población general de dolientes (42.5% en Soriano et al., 2022, frente a 24.2%). Por último, entre la escasa literatura que evalúa el duelo complicado tras situaciones traumáticas, encontramos una importante comorbilidad entre el duelo complicado y el TEPT. Este hecho se refleja, por ejemplo, en la investigación de Neria et al. (2007) tras los atentados del 11-S donde encontraron una comorbilidad del 43,3% en una muestra de 304 dolientes.

En definitiva, existen líneas de investigación que apuntan hacia la especial circunstancia psicopatológica del duelo complicado tras sufrir un acontecimiento traumático como un atentado terrorista y que justificarían la existencia de un duelo complicado traumático diferente al duelo complicado normal. En este sentido, tratando de extrapolar estos resultados a la cuestión acerca de la existencia del duelo traumático, debemos tener en cuenta que, tal y como comentábamos en el capítulo 5, entre los criterios de Stein et al. (véase Shear et al., 2011) para la creación de una nueva categoría diagnóstica está la existencia de instrumentos de evaluación creados y validados para tal uso. En este caso, Prigerson et al. (2000) desarrollaron el cuestionario Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss [TRGR2L] y, posteriormente Boelen, van den Bout y de Keijser (2003) desarrollaron el Inventario de Dolor Traumático, que diferencia el dolor traumático de la depresión y la ansiedad relacionadas con el duelo. Es más, otra evidencia destacable la localizamos en esa especificación de *duelo traumático* que exige la categoría de duelo complejo persistente del DSM-5. Esto es así porque, tal y como refleja la APA

(2020) la intersección entre el trauma y el duelo son hallazgos consistentes y muy importantes en la literatura científica.

Los datos, pues, son esperanzadores y alientan a pensar que pueda existir esa categoría independiente, reservada para definir la reacción psicológica que aparece tras un evento traumático y la consiguiente pérdida de un ser querido como consecuencia del mismo, tal y como reflejaban Ray y Prigerson (2007). Sin embargo, encontramos también autores como Brom y Kleber (2000) que sugieren que no sería necesario distinguir entre la respuesta sintomática a un evento traumático y a la pérdida de un ser querido, autores que, por tanto, no parecen suponer que existe una distinción en la experiencia del duelo complicado sobre la base del acontecimiento que provocó el fallecimiento del ser querido. En este sentido, los resultados del Estudio 1 apoyarían esta suposición, ya que sugieren que la estructura interna de los síntomas del duelo complicado, tal y como los mide el IDC, es similar en dolientes de fallecidos por causas violentas y por causas no violentas. No obstante, y a pesar de estos resultados negativos para la existencia del duelo traumático, los argumentos anteriormente señalados y los argumentos expuestos más exhaustivamente en la parte teórica de esta tesis, justificarían que nuevas líneas de investigación abordaran la distinción entre duelo complicado y duelo complicado traumático, aunque quizá desde nuevas perspectivas o fuentes de evidencia y, precisamente, esto es lo que se pretendió hacer en los dos estudios siguientes de esta tesis doctoral, en los que se abordó la pregunta de si la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión permite identificar un factor de duelo complicado en el que se agrupen los síntomas de duelo complicado y que sea distinto de otros factores en los que se agrupen los síntomas de estrés postraumático y depresión.

Capítulo 7

ESTUDIO 2: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI-II y PCL-S en una muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas

CAPÍTULO 7:

ESTUDIO 2: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI-II y PCL-S en una muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas

7.1. Introducción

Tal y como hemos reflejado en la parte teórica de la presente tesis doctoral, nos encontramos con una escasez de estudios que evalúan el duelo complicado entre las víctimas del terrorismo. Probablemente, una de las razones que explique este hecho sea la falta de consenso aún del término *duelo complicado* entre los clínicos y la comunidad científica. Hemos reflejado cómo diferentes autores (Prigerson, Boelen, Marwit, Boelen y van de Bout, entre otros) abogan por la creación de una categoría diagnóstica independiente para el duelo complicado, realizando análisis que demuestran la diferencia de esta categoría con respecto a otras con las que pudiera compartir sintomatología, como el TEPT o el TDM (Boelen y Van den Bout, 2005; Prigerson et al., 1996, entre otros; para más información, consúltese la tabla 5.1 del capítulo 5 de la presente tesis doctoral). Sin embargo, para poder hablar de duelo traumático, es importante que esa diferenciación aparezca en dolientes de fallecidos por causas traumáticas, ya que en estas personas es probable que los síntomas depresivos y de estrés postraumático, al haber vivido la muerte de un pariente cercano o un amigo en circunstancias violentas u horrendas, se pudieran presentar de manera elevada y covariable con los síntomas de duelo complicado y estos no fueran distinguibles de aquellos.

Como se comentó en un capítulo anterior, si el duelo complicado “traumático” existe debería incluir unos síntomas que fueran distintos de los del trastorno de estrés postraumático y los del trastorno depresivo, de manera que los primeros guardarían una relación muy estrecha entre ellos y serían más independientes de los síntomas de estrés postraumático y de depresión. En términos del análisis factorial, una pregunta cuya

contestación ayudaría a establecer la existencia o no del duelo traumático sería la siguiente: ¿la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión en dolientes de fallecidos por causas traumáticas permite identificar un factor de duelo complicado en el que se agrupen los síntomas de duelo complicado y que sea distinto de otros factores en los que se agrupen los síntomas de estrés postraumático y depresión?

7.2. Objetivo e hipótesis

Precisamente, el objetivo principal del Estudio 2 de esta tesis doctoral fue contestar a la pregunta que terminaba el epígrafe anterior y, por tanto, trata de aportar evidencia a la comunidad científica sobre la existencia del duelo traumático entendido como un constructo psicopatológico diferente del TEPT y TDM. Para ello, se evaluó la presencia de síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático en una muestra de dolientes de fallecidos en atentados terroristas y, mediante análisis factorial, se examinó la estructura de todos esos síntomas. En función de los datos aportados por la literatura científica y ya revisados en capítulos anteriores, en el presente estudio empírico se planteó y se puso a prueba la siguiente hipótesis: el análisis factorial de los síntomas de duelo complicado, depresión y TEPT arrojará un factor diferenciado para los síntomas de duelo complicado en víctimas del terrorismo.

7.3. Método

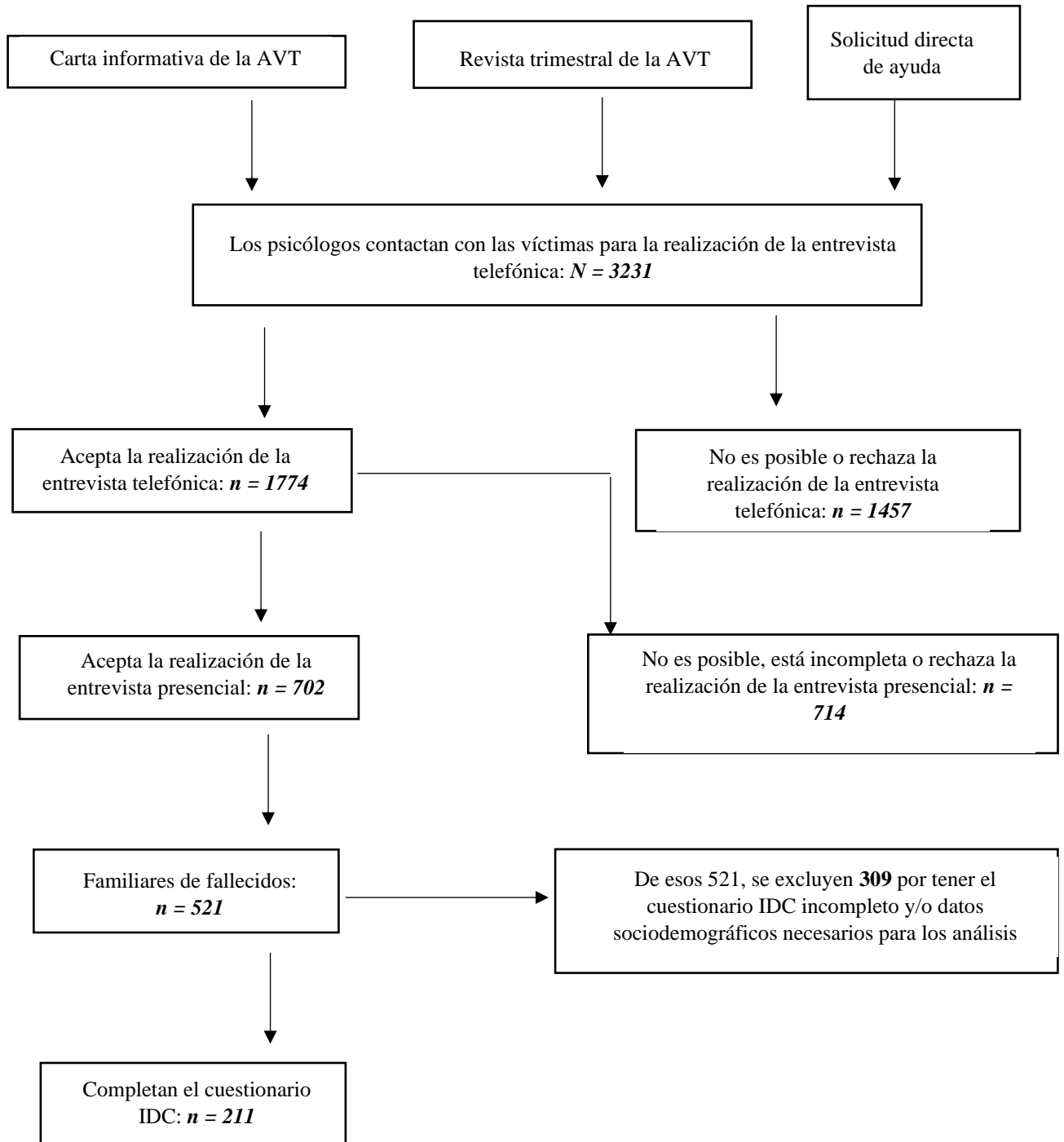
Participantes

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, realizado con la colaboración de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), que ofrece un seguimiento sobre las necesidades psicológicas y sociales de las víctimas del terrorismo y además evalúa la efectividad de los tratamientos psicológicos a largo plazo. Este

proyecto incluye, en su primera fase, la realización de entrevistas telefónicas de cribado (*screening*) para identificar a víctimas que pudieran sufrir TEPT, trastornos depresivos o trastornos de ansiedad. Posteriormente se realiza una entrevista presencialmente en la que se repasan algunos datos recabados en la evaluación telefónica y se completa con la administración de una entrevista diagnóstica clínica estructurada y de algunos cuestionarios psicopatológicos. Por último, se ofrece un tratamiento empíricamente validado, basado en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, a aquellas víctimas que presentan una sintomatología significativa asociada al atentado. De la realización de este proyecto y de la posibilidad de participar en él de forma voluntaria se informó a los asociados de la AVT mediante el envío de una carta y mediante la publicación de un artículo en la revista oficial trimestral de la AVT que se remite a todos sus asociados. En la figura 7.1 se resume, en un diagrama de flujo, el procedimiento seguido en este estudio dentro de ese proyecto más amplio para seleccionar a una muestra de víctimas del terrorismo que hubiese perdido un familiar en un atentado terrorista.

Para el reclutamiento de esa muestra, se contactó telefónicamente con una muestra de 3.231 víctimas pertenecientes a la AVT de las comunidades autónomas de Galicia, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura, Castilla La Mancha, Andalucía y La Rioja. De ellos, 1.774 acepta la realización de la entrevista telefónica. Tras la entrevista telefónica, 702 accedieron además a realizar la entrevista clínica diagnóstica presencial. De estas 702 víctimas, 521 eran familiares de personas que habían perdido la vida en un atentado terrorista y, por tanto, susceptibles de participar en este estudio. Finalmente, de esas 521, se descartaron los datos de 309 personas por tener los cuestionarios IDC, BDI-II y/o PCL-S incompletos y/o datos sociodemográficos necesarios para los análisis. Finalmente, contamos, por lo tanto, con una muestra final de 211 adultos que habían perdido un familiar en un atentado terrorista.

Figura 7.1. Diagrama del flujo de participantes víctimas del terrorismo y del procedimiento de este estudio

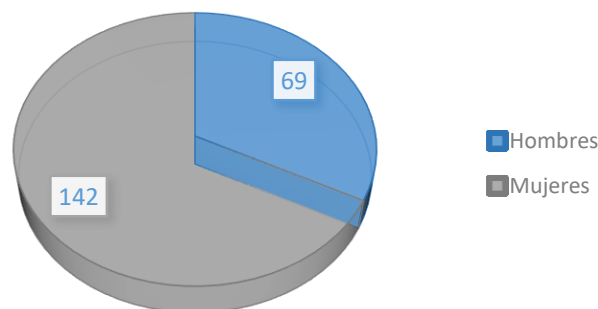


La muestra final de participantes del Estudio 2 es la que participó también en nuestro estudio previo sobre las propiedades psicométricas del IDC (Soriano et al., 2022)

y cuyos resultados sirvieron de elemento de comparación para el Estudio 1. Aunque se podría remitir al lector a ese estudio previo para una descripción de las características de la muestra de participantes y de los procedimientos de evaluación empleados, en aras de la claridad se presentará aquí también dicha información, lo que, además, permitirá ofrecerla de una manera algo más detallada que en el artículo, dadas las limitaciones de espacio que suelen imponer las revistas científicas (Soriano et al., 2022).

La edad de los participantes esta muestra final oscilaba entre 19 y 87 años (media = 52,49; $DT = 14,46$) y el 67,3% eran mujeres (véase la figura 7.2).

Figura 7.2. Frecuencia de hombres y mujeres entre las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio



El estado civil más predominante en la muestra de víctimas que participó en el estudio era casado/a o conviviendo con pareja estable, siendo este el estado del 49,3% de la muestra, seguido por el de viudo/a (29,9%), soltero/a (16,1%) y, en menor medida, divorciado/a (2,8%) y separado/a (1,9%) (véase la tabla 7.1).

Tabla 7.1. Estado civil de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	34	16,1
Casado/a	96	45,5
Separado/a	4	1,9
Divorciado/a	6	2,8
Viudo/a	63	29,9
Conviviendo con pareja estable	8	3,8

En cuanto al nivel de estudios de las víctimas entrevistadas, la mayoría de las víctimas, tenían, tal y como se recoge en la tabla 7.2, estudios primarios (23,2%), secundarios (10,4%), de bachillerato (15,6%) o de formación profesional (13,3%), lo cuales suponían, en total, el 62,5% de la muestra de víctimas, mientras que las víctimas con estudios universitarios, en todos sus niveles, representaban el 34,5% de la muestra y las víctimas sin ningún tipo de estudios apenas un 2,8%.

Tabla 7.2. Nivel de estudios de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	6	2,8
Primarios/EGB/primaria obligatoria (básica y bachillerato elemental, reválida de 4º)	49	23,2
Secundaria/ESO/BUP/bachillerato superior/reválida de 6º	22	10,4
Bachillerato actual/COU/Preuniversitario (Preu)	33	15,6
FP grado medio	13	6,2
FP grado superior	15	7,1

Diplomatura universitaria o equivalente	25	11,8
Licenciado/grado universitario o equivalente	33	15,6
Máster/posgrado universitario o equivalente	14	6,6
Doctorado	1	.5

La situación laboral que tenían las víctimas entrevistadas era muy variada. En la tabla 7.3 se recoge la ocupación de la muestra de víctimas. Cabe destacar, al respecto, que en la muestra había porcentajes relevantes de amas/os de casa (21,3%), parados/as (16,6%), trabajadores del sector servicios no relacionado con las fuerzas armadas (9,5%), jubilados debido a la edad (8,1%), personal administrativo (8,1%) y personal de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad (4,7%, incluyendo un 2,8% de guardias civiles, un .5% de militares y un 1,4% de policías). Este porcentaje significativo de miembros de las fuerzas armadas o de los cuerpos de seguridad del estado entre las víctimas sería, por otro lado, lógico, puesto que como se comentó en la parte teórica de esta tesis doctoral, esos dos colectivos han sido de los más castigados por el terrorismo en España.

Tabla 7.3. Ocupación de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Obrero sin cualificar	4	1,9
Obrero cualificado	6	2,8
Sector servicios	20	9,5
Personal de servicios administrativos	17	8,1
Empresario (más de 10 trabajadores)	3	1,4
Empresario (menos de 10 trabajadores)	1	,5
Empresario por cuenta propia (autónomo)	2	,9
Directivo/gerente (más de 10 trabajadores)	4	1,9
Profesional/técnico (licenciado)	15	7,1

Profesional/técnico (diplomado)	6	2,8
Profesional/técnico (módulo grado superior)	4	1,9
Profesional/técnico (módulo grado medio)	3	1,4
Amo/a de casa	45	21,3
Estudiante	5	2,4
Jubilado debido a la edad	17	8,1
Jubilado por enfermedad/minusvalía o problemas por el atentado	5	2,4
Prejubilado	8	3,8
Parado	35	16,6
Militar	1	,5
Guardia Civil	6	2,8
Policía	3	1,4
Varios de los anteriores	1	,5

La mayoría de las víctimas (90,5%) eran familiares de primer grado de personas fallecidas en un atentado terrorista (véase la tabla 7.4). Estos atentados habían sido cometidos entre los años 1977 y 2011, habiendo pasado una media de 26,41 años ($DT = 9,016$) entre la fecha del atentado y la de la realización de la evaluación psicológica. Aproximadamente la mitad de los familiares habían fallecido a causa de un tiroteo (44,1%) seguido de un coche bomba (22,7%) (véase la tabla 7.5).

Tabla 7.4. Grado de parentesco con el familiar fallecido en atentado terrorista de las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio

Grado de parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Familiar de primer grado	191	90,5
Familiar de segundo grado	20	9,5

Tabla 7.5. Tipo de atentado terrorista sufrido por el familiar fallecido de las víctimas del terrorismo que participaron en este estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Coche bomba	48	22,7
Explosión casa cuartel	1	,5
Tiroteo	93	44,1
Otro tipo de explosión	23	10,9
Secuestro	2	,9
Varias de las anteriores	1	,5
Atentado masivo (Hipercor, 11M, Rolando, El Descanso, Corona de Aragón, R. Argentina, R. Dominicana, C. Cuartel Vic y Zaragoza)	43	20,4

Por último, durante su evaluación, el 42,2%, 22,3% y 35,1% de la muestra de víctimas obtuvo puntuaciones significativas en medidas de sintomatología de duelo complicado (*Inventario de Duelo Complicado* o IDC; Prigerson et al., 1995; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009), estrés postraumático (*PTSD Checklist* o PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993; Vázquez et al., 2006) y depresión (*Beck Depression Inventory-II* o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), respectivamente.

Instrumentos

- **Entrevista telefónica:** Todos los participantes finalmente seleccionados para realizar los análisis del presente estudio completaron una entrevista telefónica diseñada *ad hoc* para este proyecto. Esta entrevista contiene instrucciones, pautas y preguntas para poder realizar una entrevista telefónica con una víctima de un atentado terrorista y está dividida en tres partes: una primera parte en la que se recababa información

sociodemográfica de las víctimas (p. ej., edad, nacionalidad, sexo, estado civil, estudios completados, número de hijos, profesión, etc.); una segunda parte centrada en el atentado en la que se pregunta si la víctima había sufrido más de un atentado (en caso afirmativo cuál era el más importante personalmente), lugar donde vivía la víctima cuando ocurrió el atentado, un relato del mismo (cómo recuerda el día en que ocurrió), una valoración en una escala de 0 a 10 del malestar que le ha ocasionado hablar sobre el atentado, aspectos positivos, negativos y estrategias llevadas a cabo para enfrentar la situación, apoyo social y si se había visto involucrado en algún proceso legal a raíz del atentado. Finalmente, la tercera y última parte de la entrevista está centrada en la valoración de sintomatología psicológica en el momento de la realización de la misma y en la valoración de otros acontecimientos estresantes. Para ello, se repasaban una serie de acontecimientos que, aparte del atentado, la víctima había podido sufrir a lo largo de su vida, y se administraban cuatro cuestionarios de cribado (*screening*) con el objetivo de evaluar sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático y grado de inadaptación.

- Sintomatología depresiva. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). En aras de la brevedad, se remite al lector al apartado de instrumentos del Estudio 1 para una descripción más detallada del BDI-II.
- Sintomatología de duelo complicado. Utilizamos la adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado (IDC; Prigerson et al., 1995; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009). En aras de la brevedad,

se remite al lector al apartado de instrumentos del Estudio 1 para una descripción más detallada del IDC.

- Sintomatología de estrés postraumático. Empleamos la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993), en su adaptación española de Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006) y con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas experimentados por las víctimas del presente estudio. La PCL consta de 17 ítems que evalúan los síntomas de estrés postraumático según los criterios del DSM-IV: reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo y aumento de la activación (American Psychiatric Association, 1994/1995). Cada uno de estos ítems es valorado por una escala de 1 a 5, donde 1 significa “nada en absoluto” y 5 “extremadamente”, en función de cómo la víctima ha experimentado ese síntoma en el último mes. La PCL permite de este modo obtener una puntuación total de sintomatología de estrés postraumático que puede variar entre 17 y 85, de tal forma que una puntuación de 44 o más se considera que indica la presencia de una sintomatología clínicamente significativa (Blanchard et al., 2004). Reguera et al. (2014) y Cobos Redondo et al. (2021) evaluaron las propiedades psicométricas de la PCL en víctimas de terrorismo y obtuvieron índices de fiabilidad de consistencia muy elevados (alfas de Cronbach > .94), así como buenos índices de validez factorial y de validez de grupos contrastados.

Procedimiento

Todos los asociados de la AVT habían recibido una carta en la que se les informaba de la investigación más amplia de la que formaba parte este trabajo y que en los próximos meses un grupo de psicólogos les llamarían para realizar de forma totalmente voluntaria una entrevista telefónica para valorar sus necesidades psicológicas y sociales. Esta entrevista fue realizada en todos los casos por psicólogos entrenados específicamente en su administración con víctimas de atentados terroristas. Tras la realización de la entrevista telefónica, las víctimas fueron citadas telefónicamente para llevar a cabo la evaluación individual presencial. El psicólogo responsable, les administró, por este orden, una entrevista semiestructurada sobre sus características sociodemográficas y clínicas y sobre las características del atentado terrorista que habían sufrido y sus consecuencias, una entrevista diagnóstica estructurada (SCID-I-VC) y los instrumentos que se utilizaron para el presente estudio: el BDI-II, la PCL y el IDC (véase los Anexos 1 y 2). Así, se ha reclutado una muestra de 211 víctimas que habían perdido a un familiar en un atentado terrorista.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis factoriales sobre las respuestas a los ítems del IDC, del BDI-II y de la PCL-S mediante el programa FACTOR, v. 12.01.02 (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017).

Como se comentaba en Soriano et al. (2022), la mayoría de los 19 ítems del IDC presentaban, en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo, valores de curtosis o asimetría fuera del rango que indica una distribución normal de sus puntuaciones (-1/+1). Esto mismo también ocurría con la mayoría de los ítems del BDI-II y de la PCL-S. En concreto, respecto al BDI-II, 18 ítems (85,7% de los 21 ítems del BDI-II) en la muestra

de dolientes víctimas del terrorismo presentaban valores de curtosis o asimetría fuera del rango que indica una distribución normal de sus puntuaciones, mientras que, respecto a la PCL-S, eran 11 ítems (64,7%% de los 17 ítems de la PCL-S) los que presentaban esos valores de curtosis o asimetría.

Dado que muchos ítems no presentaban una distribución normal de sus puntuaciones, los primeros análisis factoriales que se realizaron se hicieron sobre las matrices de correlaciones policóricas entre los ítems, ya que, como ya se ha indicó en el Estudio 1, la matriz de correlaciones policóricas reproduce mejor las correlaciones latentes cuando un porcentaje elevado de ítems incumplen el supuesto de normalidad (Lloret-Segura et al., 2014). Sin embargo, en la muestra de participantes de este Estudio 2, las matrices de correlaciones policóricas no eran definidas positivas y mostraban muchos autovalores o valores propios (*eigenvalues*) negativos. Aunque el programa FACTOR ofrece la posibilidad de realizar diversos procedimientos de suavizado (*smoothing*) para obtener matrices definidas positivas sin perder mucha información (p. ej., el procedimiento de suavizado amable —*sweet*— de Lorenzo-Seva y Ferrando, 2021), dichos procedimientos destruían un porcentaje muy importante de la covarianza entre las variables, en concreto, el 46.2% de la covarianza en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo. Por tanto, siguiendo las recomendaciones que Ferrando y Lorenzo-Seva (2017; Lorenzo-Seva y Ferrando, 2021) sugieren para lidiar con los problemas relacionados con la obtención de matrices no definidas positivas, se decidió realizar los análisis factoriales sobre las matrices de correlaciones de Pearson como una aproximación a las matrices de las correlaciones latentes.

Se realizó el test de esfericidad de Bartlett y el de Kaiser-Meyer-Olkin (test KMO) para analizar la adecuación de los datos al análisis factorial y se llevaron a cabo seis procedimientos para determinar el número de factores más adecuado a extraer: gráfico de

sedimentación de Cattell, método de Hull, test de la correlación parcial media mínima o MAP de Velicer (1976), criterio de información bayesiano (Bayesian information criterion o BIC) de Schwarz, análisis paralelo clásico y análisis paralelo óptimo de Timmerman y Lorenzo-Seva (2011). Se extrajeron tantos factores como recomendaban mayoritariamente dichos procedimientos, y para dicha extracción de factores se utilizó el método de estimación robusto de mínimos cuadrados no ponderados (RULS), ya que no asume el supuesto de distribución normal multivariante de los datos.

Se calcularon los siguientes índices de bondad de ajuste para cada una de las soluciones factoriales recomendadas (con los correspondientes criterios para un ajuste adecuado) (West et al., 2012): 1) índice de bondad de ajuste o GFI ($\geq .95$); 2) índice de ajuste comparativo de Bentler o CFI ($\geq .95$), y 3) índice de ajuste no normalizado o NNFI o TLI ($\geq .95$).

Los resultados de estos índices de bondad de ajuste fueron considerados en el contexto de la interpretación psicológica de la matriz de pesos factoriales de las distintas soluciones factoriales, matriz que, en el caso de las soluciones de dos o más factores, fue rotada mediante un procedimiento oblicuo promin. En la interpretación psicológica se tuvo en cuenta el contenido de los ítems que en esas matrices presentaban pesos factoriales $\geq .35$ en un factor y que a la vez presentaban pesos factoriales menores en los restantes factores.

7.4. Resultados

A continuación, se muestran los resultados de los análisis que pretenden dar respuesta a nuestro objetivo: explorar si los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático constituyen tres constructos diferenciados en una muestra de dolientes víctimas del terrorismo.

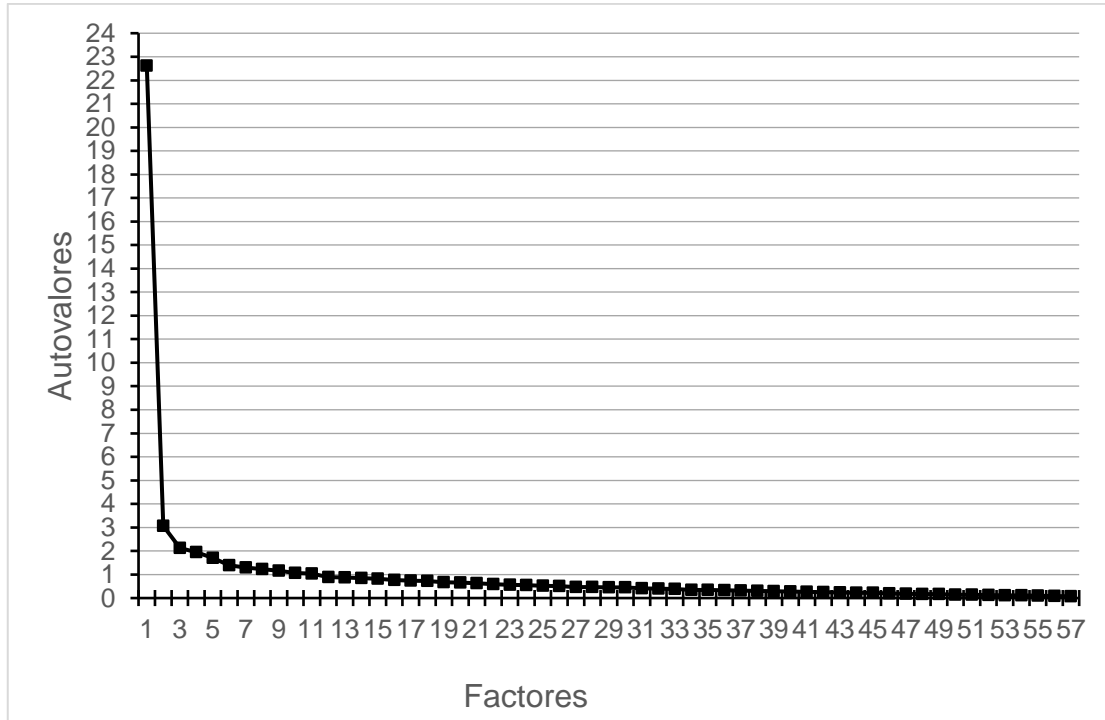
Los resultados del test de esfericidad de Bartlett (2131.8, $p < .0001$) y del test KMO (.929, considerado muy bueno según los criterios convencionales) indicaban que la matriz de correlaciones de Pearson era adecuada para el análisis factorial.

Los resultados del gráfico de sedimentación (véase la figura 7.3) y de los otros cinco procedimientos de determinación del número de factores a extraer (véase la tabla 7.6) no indicaban una solución factorial unánime, sino que indicaban mayoritariamente soluciones de dos factores (bifactorial) o tres factores. Por tanto, se extrajeron dos y tres factores para comparar sus índices de bondad de ajuste y su interpretación psicológica.

Tabla 7.6. Número recomendado de factores a extraer de la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Resultados	Nº de factores
<i>Scree test</i> (gráfico de sedimentación) de Cattell	2 o 3
Análisis paralelo optimizado de Timmerman y Lorenzo-Seva	2
Análisis paralelo clásico de Horn	3
Método de Hull	1
Test de la correlación parcial media mínima (MAP) de Velicer	3
Bayesian Information Criterion (BIC) de Schwarz	3

Figura 7.3. Gráfico de sedimentación del IDC, BDI-II y PCL-S basado en la matriz de correlaciones de Pearson entre sus ítems en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo



Los índices de bondad de ajuste obtenidos para las soluciones de dos y tres factores se presentan en la tabla 7.7. Ambas soluciones mostraron índices de ajuste GFI, CFI y NNFI aceptables o buenos según los criterios convencionales, aunque los índices de la solución de tres factores eran ligeramente mejor.

Tabla 7.7. Índices de bondad de ajuste de las soluciones factoriales encontradas al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Índices de ajuste	2 factores	3 factores
Porcentaje de varianza explicada	45.06 %	48.78%
Índices de bondad de ajuste (GFI)	.980*	.984*

Índices de ajuste	2 factores	3 factores
Índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI)	.999*	.999*
Índice de ajuste no normalizado (NNFI)	1.008*	1.013*

Nota. Análisis factorial realizado con el método robusto de mínimos cuadrados no ponderados (RULS).

*Índices aceptables o buenos según los criterios convencionales: GFI, CFI y NNFI > .95.

En relación con la interpretación psicológica de las soluciones factoriales, las saturaciones o pesos factoriales obtenidos en las soluciones rotadas de dos y tres factores se presentan en las tablas 7.8 a 7.13. Para mayor claridad, para cada solución factorial, la matriz de pesos factoriales rotada (matriz configuración o matriz patrón) se ha dividido en tres tablas y en cada una se recogen las saturaciones o pesos factoriales > .30 de los ítems de cada instrumento en cada uno de los dos o tres factores obtenidos.

Analizando la **solución bifactorial** (véase tabla 7.8), la mayoría de los ítems del IDC, es decir, la mayoría de los síntomas de duelo complicado, presentaban pesos factoriales relevantes en el factor 2, de manera que todos los ítems, excepto el ítem 11 (“Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió”), mostraban pesos factoriales superiores a .35 en ese factor 2, y la mayoría (15 de 19) pesos factoriales superiores a .50. Es más, solo dos ítems presentaban pesos factoriales secundarios > .30 en el factor 1, y, en ambos casos, no superaban el valor de .35 y, además, presentaban en el factor 2 pesos factoriales superiores a .65.

Tabla 7.8. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de dos factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.		.608
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.		.538
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.		.651
4. Anhele a la persona que murió.		.788
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.		.575
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.		.820
7. No me puedo creer que haya sucedido.		.884
8. Me siento aturdido por lo sucedido.		.876
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.		.632
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.		.389
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.		.339
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.		.530
13. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.		.783
14. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	-.340	.739
15. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	-.337	.655
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.		.511
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.		.873

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.		.432
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.		.498

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución bifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso del BDI-II (véase tabla 7.9), todos sus ítems presentaban pesos factoriales relevantes en el factor 1, con pesos por encima de .50 en todos los ítems excepto el ítem 16 (“Cambios en el patrón de sueño”), que, sin embargo, presentaba un peso factorial de .493. Por otro lado, ninguno de los ítems del BDI-II presentaba pesos factoriales secundarios > .30 en el factor 2.

Tabla 7.9. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de dos factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
1. Tristeza	.873	
2. Pesimismo	.760	
3. Sentimientos de fracaso	.578	
4. Pérdida de placer	.734	
5. Sentimientos de culpa	.553	
6. Sentimientos de castigo	.648	
7. Insatisfacción con uno mismo	.657	
8. Autocríticas	.565	

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
9. Pensamientos o deseos de suicidio	.385	
10. Llanto	.644	
11. Agitación	.655	
12. Pérdida de interés	.942	
13. Indecisión	.545	
14. Inutilidad	.800	
15. Pérdida de energía	.934	
16. Cambios en el patrón de sueño	.493	
17. Irritabilidad	.698	
18. Cambios en el apetito	.639	
19. Dificultad de concentración	.650	
20. Cansancio o fatiga	.850	
21. Pérdida de interés en el sexo	.674	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución bifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso de la PCL-S (véase la tabla 7.10), la mayoría de sus ítems presentan pesos factoriales relevantes en el factor 1, el definido también por los ítems del BDI-II. En concreto, 13 de los 17 ítems presentan pesos factores $> .35$ en el factor 1, 8 de ellos con pesos $> .50$. Por otro lado, solo dos ítems, el 7 y el 12, presentan pesos factoriales secundarios $> .30$ en el factor 2, pero solo el ítem 7 (“¿Ha evitado hacer ciertas actividades o estar en situaciones que le recordasen lo sucedido?”), muestra un peso factorial superior en factor 2 que en factor 1 (.323 frente a .304), y en cualquier caso es $< .35$.

Tabla 7.10. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de dos factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
1. ¿Ha tenido recuerdos, pensamientos o imágenes...?	.344	
2. ¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?		
3. ¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?		
4. ¿Se ha sentido muy mal cuando algo le recordaba ...?	.466	
5. ¿Ha tenido reacciones físicas (p. ej., problemas para respirar, latidos fuertes del corazón, o sudor) cuando algo...?	.538	
6. ¿Ha evitado pensar o hablar del atentado o ha evitado sentimientos relacionados con lo sucedido?	.354	
7. ¿Ha evitado hacer ciertas actividades o estar en situaciones...?	.304	.323
8. ¿Ha tenido problemas para recordar partes importantes de...?	.375	
9. ¿Ha perdido el interés en las cosas con las que solía disfrutar?	.745	
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de otra gente?	.774	
11. ¿Se ha sentido emocionalmente bloqueado o ha sido incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas...?	.750	
12. ¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?	.426	.240
13. ¿Ha tenido problemas para quedarse dormido...?	.625	
14. ¿Se ha sentido irritable o ha tenido arrebatos de ira?	.570	
15. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	.704	
16. ¿Se ha sentido superalerta o en estado de permanecer...?	.489	
17. ¿Se ha sentido inquieto o fácilmente sobresaltable?	.723	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución bifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En resumen, la solución de dos factores parece reflejar un factor de duelo complicado (factor 2), definido exclusivamente por los ítems del IDC, y un factor de depresión-estrés postraumático (factor 1), definido exclusivamente por los ítems del BDI-II y de la PCL-S.

Por otro lado, en la **solución de tres factores**, si nos fijamos en los ítems del IDC (véase tabla 7.11), la inmensa mayoría de ellos (17 de 19) quedan recogidos en el factor 3 con pesos factoriales $> .35$, e incluso 15 de ellos con pesos $\geq .50$. Por otro lado, ninguno de los ítems del IDC presenta pesos factoriales secundarios $> .30$ en los otros dos factores (factores 1 y 2), excepto el ítem 12, que tiene un peso factorial de .348 en el factor 2, aunque su peso factorial en el factor 1 es mayor (.40).

Tabla 7.11. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de tres factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Ítem	Solución de tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas...			.546
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.			.444
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.			.610
4. Anhelo a la persona que murió.			.746
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.			.607
6. No puedo evitar sentirme enfadado...			.731
7. No me puedo creer que haya sucedido.			.850
8. Me siento aturdido por lo sucedido.			.838

Ítem	Solución de tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.			.566
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente...			.335
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas...			
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos...		.348	.400
13. Siento que la vida está vacía...			.728
14. Escucho la voz de la persona fallecida...			.676
15. Veo a la persona que murió de pie...			.622
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.			.504
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.			.775
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.			.400
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.			.406

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución trifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso del BDI-II, la mayor parte de los ítems saturan en el factor 2 (véase la tabla 7.12). En concreto, prácticamente todos sus ítems (19 de 21) presentan pesos factoriales relevantes $> .35$ en el factor 2, y 14 de esos ítems tiene pesos $> .50$. Las dos excepciones son el ítem 11, correspondiente al síntoma de agitación, donde encontramos un peso factorial de solo .312 en el factor 2 y, además, un peso factorial mayor y relevante en el factor 1 (.422), y el ítem 16, correspondiente al síntoma de cambios en el patrón de sueño, que solo presenta un peso factorial relevante $> .35$ en el factor 2, con un valor de

.478. En cualquier caso, ninguno de los ítems del BDI-II presentan pesos factoriales secundarios $> .30$ en el factor 3, el definido por los síntomas del duelo complicado que miden los ítems del IDC.

Tabla 7.12. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de tres factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Tristeza		.724	
2. Pesimismo		.705	
3. Sentimientos de fracaso		.725	
4. Pérdida de placer		.518	
5. Sentimientos de culpa		.660	
6. Sentimientos de castigo		.496	
7. Insatisfacción con uno mismo		.792	
8. Autocríticas		.760	
9. Pensamientos o deseos de suicidio		.364	
10. Llanto		.547	
11. Agitación	.422	.312	
12. Pérdida de interés		.734	
13. Indecisión		.528	
14. Inutilidad		.991	
15. Pérdida de energía		.813	
16. Cambios en el patrón de sueño	.478		
17. Irritabilidad	.360	.395	
18. Cambios en el apetito		.616	
19. Dificultades de concentración		.433	

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
20. Cansancio o fatiga		.636	
21. Pérdida de interés en el sexo		.421	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución trifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

Por último, respecto a los síntomas de estrés postraumático medidos a través de la PCL-S (véase la tabla 7.13), todos los ítems de este instrumento saturan en el factor 1 de la solución de tres factores, con pesos factoriales por encima de .35 en todos los casos, excepto en el ítem 12 (.341), e incluso pesos factoriales $> .50$ en 10 de sus 17 ítems. Por otro lado, el ítem 9 (*¿Ha perdido el interés en las cosas con las que solía disfrutar?*) aparece mejor representado en el factor 2, con un peso factorial .436 frente a .388 en el factor 1. Es importante señalar que el ítem 9 de la PCL-S parece medir un síntoma que es clínicamente el mismo que la anhedonia y la pérdida de placer características de la depresión y que, en el BDI-II, trata de medir el ítem 4, por lo que no es de extrañar que muestre un peso factorial mayor en el factor 2, el definido por los síntomas depresivos que mide el BDI-II. Otros dos ítems (10 y 11) de la PCL-S también muestran pesos factoriales $> .30$ en este factor 2, pero ambos presentan pesos factoriales más grandes y mayores de .40 en el factor 1. En cualquier caso, ninguno de los ítems de la PCL-S presentan pesos factoriales secundarios $> .30$ en el factor 3, el definido por los síntomas del duelo complicado que miden los ítems del IDC.

En resumen, la solución de tres factores parece reflejar un factor de duelo complicado (factor 3), definido exclusivamente por los ítems del IDC, un factor de depresión (factor 2), definido exclusivamente por los ítems del BDI-II, con la excepción del ítem de la PCL-S (ítem 9) que parece medir la anhedonia-pérdida de placer que

también es característica de la depresión, y un factor de estrés postraumático (factor 1), definido exclusivamente por los ítems de la PCL-S, con la excepción de los ítems del BDI-II que parecen medir la agitación (ítem 11) y los problemas de sueño (16) que también son característicos de los síntomas de activación del trastorno de estrés postraumático.

Tabla 7.13. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-S en la solución de tres factores al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-S en la muestra de dolientes víctimas del terrorismo

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. ¿Ha tenido recuerdos, pensamientos...?	.529		
2. ¿Ha tenido pesadillas repetidas...?	.461		
3. ¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada...?	.419		
4. ¿Se ha sentido muy mal cuando algo le recordaba los acontecimientos?	.556		
5. ¿Ha tenido reacciones físicas (p. ej., problemas para respirar, latidos fuertes...)?	.830		
6. ¿Ha evitado pensar o hablar del atentado...?	.808		
7. ¿Ha evitado hacer ciertas actividades o estar en situaciones que le recordasen...?	.802		
8. ¿Ha tenido problemas para recordar partes importantes de lo ocurrido?	.356		
9. ¿Ha perdido el interés en las cosas...?	.388	.436	
10. ¿Se ha sentido distante o alejado...?	.483	.381	
11. ¿Se ha sentido emocionalmente bloqueado...?	.452	.373	
12. ¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?	.341		
13. ¿Ha tenido problemas para quedarse dormido...?	.756		
14. ¿Se ha sentido irritable o ha tenido...?	.589		

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
15. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	.565		
16. ¿Se ha sentido superalerta...?	.710		
17. ¿Se ha sentido inquieto...?	.758		

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales para la solución trifactorial es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En conclusión, en ambas soluciones, la bifactorial y la trifactorial, los síntomas de duelo complicado definen un factor distinto a los síntomas depresivos y de estrés postraumático, los cuales o bien forman un mismo factor (solución bifactorial) o bien forman a su vez otros dos factores distintos (solución trifactorial). De hecho, la solución de tres factores es la que parece que mejor se ajusta a la estructura de los síntomas que mide el IDC, el BDI-II y la PCL-S en la presente muestra de dolientes víctimas de atentados terroristas, ya que, frente a la solución bifactorial, presenta una ligera ventaja en los índices de bondad de ajuste y, además, se corresponde con la conceptualización actual más consensuada y validada de los síntomas y síndromes emocionales que asume la diferenciación entre trastornos depresivos y el trastorno de estrés postraumático.

7. 5. Discusión

El objetivo principal del Estudio 2 era examinar la estructura de relaciones entre los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático en los dolientes de fallecidos por causas violentas como, por ejemplo, un atentado terrorista, suponiendo que, de existir el duelo traumático como un constructo diferente de la depresión y del estrés postraumático, los síntomas de duelo complicado conformarían un factor diferenciado respecto a los depresivos y de estrés postraumático. Por tanto, en el presente estudio, teóricamente se esperaba obtener, en un análisis factorial de ítems que miden todos esos

síntomas emocionales, tres factores diferenciados correspondientes a nuestros tres constructos objeto de estudio: duelo complicado, medido a través del IDC; depresión, medida a través del BDI-II, y estrés postraumático, medida a través de la PCL-S, y, efectivamente, esto fue lo que se encontró.

Los resultados de los análisis factoriales indicaban que la estructura factorial del IDC, BDI-II y PCL-S en una muestra de dolientes víctimas del terrorismo que habían perdido a un familiar en un atentado terrorista se ajustaba mejor a un modelo de tres factores, y que esos factores quedaban definidos casi exclusivamente por los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático, respectivamente. Es más, incluso en una solución de dos factores, los síntomas de duelo complicado medidos por el IDC conforman su propio factor de manera exclusiva y diferente del otro factor que aparece definido conjuntamente por los síntomas depresivos y de estrés postraumático. Estos resultados, pues, permiten concluir que el duelo complicado tras un acontecimiento traumático como un atentado terrorista es un constructo diferente de la depresión y del estrés postraumático y, por tanto, ofrecen apoyo a la propuesta de la existencia del duelo traumático.

Este resultado que muestra una solución de trifactorial con factores diferenciados para el duelo complicado, la depresión y el estrés postraumático coincide con las soluciones factoriales obtenidas en algunas investigaciones que ha evaluado, al igual que nosotros, una muestra de víctimas del terrorismo. Geronazzo-Alman et al. (2019) publicaron un trabajo con una muestra de 1.696 niños de la ciudad de Nueva York tras los atentados del 11-S, 6 meses después. Tras el análisis factorial y de clases latentes, encontraron el duelo complicado como factor independiente del TDM y TEPT. Estos resultados, aunque obtenidos con una muestra de menores en comparación con los adultos evaluados en el presente estudio, ofrecen resultados en consonancia con los hallazgos aquí

mostrados.

Dejando de lado el terrorismo como causa de fallecimiento, encontramos varios estudios que también analizan los síntomas de dolientes de fallecidos por causas violentas, más allá del terrorismo. Es el caso, por ejemplo, de Momartin, Silove, Manicavasagar y Steel (2004), quienes evaluaron a una muestra de 126 refugiados bosnios que habían perdido a sus seres queridos en circunstancias violentas. A través de un análisis de componentes principales, estos investigadores demostraron que el duelo complicado era independiente del estrés postraumático. Melham (2002), evaluó a un grupo de 146 familiares y amigos de víctimas de suicidio y, aparte de encontrar una importante comorbilidad entre el duelo traumático, el TEPT y el TDM, identificó, mediante análisis de componentes principales, que el duelo traumático constituía una categoría independiente de la depresión y del estrés postraumático. Años después, Anderson (2018) evaluó a una muestra de 861 estudiantes sobrevivientes del tiroteo del 16 de abril en el Instituto Politécnico y Universidad Estatal de Virginia. Para su evaluación, usaron ítems basados en el IDC, la versión modificada del Trauma Screening Questionnaire y la 6k Scale, un instrumento que mide síntomas depresivos y de ansiedad. Tras un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, Anderson concluyó que el duelo complicado definía un factor diferente de la depresión-ansiedad y del estrés postraumático.

En conclusión, los resultados del presente estudio junto con los de los estudios previos anteriormente mencionados sugieren que, en dolientes de fallecidos por causas traumáticas, los síntomas de duelo complicado conforman un factor diferenciado de la depresión y del estrés postraumático, lo que apoyaría la propuesta del duelo traumático como un duelo complicado tras sufrir la experiencia traumática del fallecimiento de un pariente cercano o un amigo en circunstancias violentas u horribles y que agrupa síntomas diferentes de otros síndromes y trastornos mentales como, por ejemplo, la

depresión y el estrés postraumático, que también pueden aparecer tras sufrir una experiencia traumática.

Capítulo 8

ESTUDIO 3: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI-II y PCL-5 en una muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

CAPÍTULO 8:

ESTUDIO 3: Estructura factorial conjunta del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

8.1. Objetivo e hipótesis

En el Estudio 2 se ha encontrado que, en dolientes de fallecidos por atentados terroristas, los síntomas de duelo complicado conforman un factor diferenciado de la depresión y del estrés postraumático, lo que apoyaría la propuesta del duelo traumático como un constructo diferente de la depresión y el estrés postraumático, pero ¿es también diferente del duelo complicado que pueden sufrir los dolientes de fallecidos por causas no traumáticas? Si el duelo complicado “traumático” existe, cabría la posibilidad de que los síntomas de duelo complicado tuvieran relaciones con los síntomas de estrés postraumático y de depresión que fueran distintas en los dolientes tras un fallecimiento traumático y en los dolientes tras un fallecimiento no traumático. En consecuencia, una pregunta cuya contestación ayudaría a establecer la existencia o no del duelo traumático sería, en términos del análisis factorial, la siguiente: ¿la estructura interna o factorial de los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión es diferente en las personas que han perdido un ser querido en un atentado terrorista y en los dolientes que han perdido un ser querido en circunstancias no traumáticas?

Precisamente, el objetivo del Estudio 3 era comprobar si los resultados encontrados en el Estudio 2 con dolientes víctimas del terrorismo también son generalizables a la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas. Si no es así, se podría suponer que el duelo traumático es un duelo complicado diferente al duelo complicado normal, el que se presenta cuando nuestro ser querido ha fallecido en circunstancias no violentas o traumáticas. Por lo tanto, en el presente estudio se evaluó la presencia de síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático en una muestra de la

población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas y, para ello, se utilizaron los mismos instrumentos que en el Estudio 2, salvo por la sustitución de la PCL-S por su versión más actualizada, la PCL-5. Posteriormente, se realizaron los mismos análisis factoriales que en dicho Estudio 2 para examinar la estructura conjunta de los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático.

Es cierto que la literatura científica que ha examinado las relaciones entre los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión en dolientes de fallecidos por causas no violentas o no traumáticas ha encontrado, en general, que dichos grupos de síntomas conforman tres factores diferenciados (Boelen y Van den Bout, 2005; Golden y Dalgleish, 2010; véanse los estudios revisados en el capítulo 5 de esta tesis doctoral y, en particular, los recogidos en la tabla 5.1). Por lo tanto, sobre la base de los resultados de esos estudios, cabría esperar los mismos resultados encontrados en el Estudio 2 con dolientes de fallecidos en atentados terroristas, lo podría sugerir que la estructura de los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático es igual en dolientes de fallecidos por causas violentas, en este caso, por atentado terrorista, y en dolientes de fallecidos por causas no violentas, y, por ende, que el duelo traumático no existe. Sin embargo, hay que resaltar que ninguno de los estudios anteriores con dolientes de fallecidos por causas no violentas o traumáticas se ha realizado con muestras de participantes españoles y, puesto que el duelo es una experiencia humana que puede verse muy afectada por factores culturales, cabría la posibilidad de que en una muestra de dolientes españoles de fallecidos por causas no violentas o traumáticas se encontrara una estructura sintomática distinta a la encontrada, por ejemplo, por Boelen y Van den Bout (2005) con dolientes de Países Bajos o por Golden y Dalgleish (2010) con dolientes de Croacia y que, además, fuera distinta de la encontrada con dolientes españoles de fallecidos por atentados terroristas, lo cual, esto último, sería favorable a la hipótesis de

la existencia del duelo traumático.

8.2. Método

Participantes

Los participantes de este estudio son las mismas 240 personas que habían perdido un ser querido debido a una causa no violenta como, por ejemplo, enfermedad o edad, y que participaron en el Estudio 1 de esta tesis doctoral y, por lo tanto, se remite al lector al apartado correspondiente de dicho estudio para obtener más información sobre las características de dicha muestra de dolientes.

Instrumentos

- Todos los participantes del estudio completaron una entrevista-cuestionario diseñada *ad hoc*. Esta entrevista-cuestionario contiene una primera parte en la que se recababa información sociodemográfica (p. ej., edad, nacionalidad, sexo, estado civil, estudios completados y situación laboral), y una segunda parte donde se consultaba por tratamientos previos. Seguidamente, se dejó un bloque especial para albergar algunas preguntas relacionadas directamente con la COVID-19, pues la muestra fue recabada en plena pandemia provocada por el virus. El siguiente bloque estaba dedicado a preguntas relacionadas con el duelo (seres queridos fallecidos, cronicidad, parentesco o causa). Por último, se incluyó un gran bloque para que el sujeto pudiera señalar y describir brevemente si en algún momento de su vida, había sufrido una o varias de las situaciones traumáticas que se le exponían a continuación (véase instrumento en el Anexo).
- Para la evaluación de los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático se utilizaron, respectivamente, el IDC, el BDI-II y la PCL-5.

Para la descripción de estos instrumentos, remitimos al lector al correspondiente apartado del Estudio 1.

Procedimiento

Remitimos a este mismo apartado en el Estudio 1, pues el procedimiento de selección de la muestra de participantes y el procedimiento de su evaluación en este estudio es el mismo que el empleado para el Estudio 1.

Análisis estadístico

En esta ocasión, remitimos al lector al epígrafe correspondiente del Estudio 2, pues en esta ocasión tratamos precisamente de replicar los resultados obtenidos con los mismos métodos de análisis factorial.

8.3. Resultados

Los resultados del test de esfericidad de Bartlett (2511.7, $p < .0001$) y del test KMO (.889, considerado bueno según los criterios convencionales) indicaban que la matriz de correlaciones de Pearson era adecuada para el análisis factorial.

Los resultados del gráfico de sedimentación (véase la figura 8.1) y de los otros cinco procedimientos de determinación del número de factores a extraer (véase la tabla 8.1) no indicaban una solución factorial unánime, sino que indicaban soluciones de dos, tres o cuatro factores. Por tanto, se extrajeron dos, tres y cuatro factores para comparar sus índices de bondad de ajuste y su interpretación psicológica.

Figura 8.1. Gráfico de sedimentación del IDC, BDI-II y PCL-5 basado en la matriz de correlaciones de Pearson entre sus ítems en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

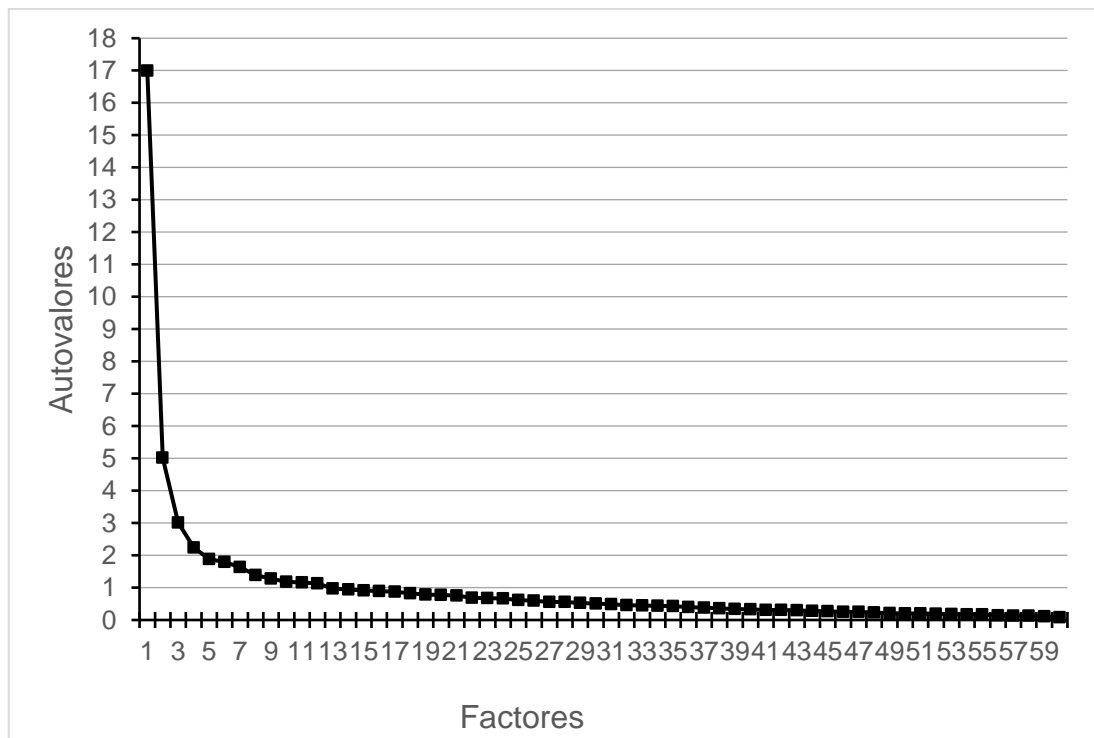


Tabla 8.1. Número recomendado de factores a extraer en las correlaciones de los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Resultados	Nº de factores
<i>Scree test</i> (gráfico de sedimentación) de Cattell	3 o 4
Análisis paralelo optimizado de Timmerman y Lorenzo-Seva	4
Análisis paralelo clásico de Horn	4 o 5
Método de Hull	1

Test de la correlación parcial media mínima (MAP) de Velicer	3
Bayesian Information Criterion (BIC) de Schwarz	3

En la tabla 8.2 se presentan los índices de bondad de ajuste obtenidos para las soluciones de dos, tres y cuatro factores. Todos los índices examinados para las soluciones de tres y cuatro factores (GFI, CFI y NNFI) mostraron valores que indicaban un ajuste aceptable o bueno según los criterios convencionales, aunque los de la solución de cuatro factores era ligeramente mejores. Sin embargo, la solución de dos factores no presentaba valores aceptables o buenos para los índices GFI y CFI, aunque sí para el NNFI. A pesar de ello, se decidió analizar la interpretación psicológica de esta solución bifactorial, junto con las soluciones de tres y cuatro factores, ya que los índices GFI y CFI quedaron muy cerca del valor convencional que sugiere un ajuste aceptable o bueno (.949 vs. .95)

Tabla 8.2. Índices de bondad de ajuste de las soluciones factoriales encontradas en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Índices de ajuste	2 factores	3 factores	4 factores
Porcentaje de varianza explicada	36.67 %	41.69 %	45.42 %
Índices de bondad de ajuste (GFI)	.949	.966*	.973*
Índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI)	.949	.999*	.999*
Índice de ajuste no normalizado (NNFI)	.984*	1.004*	1.014*

Nota. Análisis factorial realizado con el método robusto de mínimos cuadrados no ponderados (RULS).

*Índices aceptables o buenos según los criterios convencionales: GFI, CFI y NNFI > .95.

En relación con la interpretación psicológica de las soluciones factoriales, los pesos factoriales obtenidos en la solución de dos, tres y cuatro factores, se presentan en las tablas 8.3 a 8.11 que aparecen a continuación.

En la **solución bifactorial** (véase tabla 8,3), todos los ítems del IDC, es decir, todos los ítems que supuestamente miden síntomas de duelo complicado se encuentran representados en el factor 1, con pesos factoriales superiores a .45 excepto en el caso del ítem 11 (“Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió”) y del 12 (“Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió”).

Tabla 8.3. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-S en la solución de dos factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	.874	
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	.638	
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	.733	
4. Anhele a la persona que murió.	.518	
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	.543	
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	.810	
7. No me puedo creer que haya sucedido.	.744	
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	.812	

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	.517	
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	.490	
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	.341	
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	.411	
13. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	.736	
14. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	.498	
15. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	.502	
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	.561	
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.	.737	
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	.519	
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	.669	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso del BDI-II (véase tabla 8.4), todos sus ítems se agrupan en el factor 2, con pesos factoriales por encima de .45 en todos los ítems excepto el 16 (“Cambios en el patrón de sueño”, con un peso factorial de .352).

Tabla 8.4. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de dos factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
1. Tristeza		.646
2. Pesimismo		.646
3. Sentimientos de fracaso		.730
4. Pérdida de placer		.535
5. Sentimientos de culpa		.608
6. Sentimientos de castigo		.602
7. Insatisfacción con uno mismo		.554
8. Autocríticas		.451
9. Pensamientos o deseos de suicidio		.596
10. Llanto		.643
11. Agitación		.481
12. Pérdida de interés		.651
13. Indecisión		.524
14. Inutilidad		.670
15. Pérdida de energía		.594

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
16. Cambios en el patrón de sueño		.352
17. Irritabilidad		.597
18. Cambios en el apetito		.511
19. Dificultad de concentración		.710
20. Cansancio o fatiga		.617
21. Pérdida de interés en el sexo		

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso de la PCL-5, encontramos ítems representados en ambos factores, pero solamente encontramos valores positivos en el factor 2. Sin embargo, no están representados todos los ítems, pues del 1 al 8, el 10, 16, 17 y el 18, no aparecen representados. Los pesos factoriales siguen siendo buenos, por encima de .35 a excepción del ítem 20 (“En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?”) con un valor de .318.

Tabla 8.5. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de dos factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
1. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener recuerdos del acontecimiento traumático repetidos, no deseados y que le provocan malestar?	- .504	
2. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener sueños sobre la experiencia estresante repetidos y que provocan malestar?	- .442	
3. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado actuar o sentirse de repente como si la experiencia estresante estuviese ocurriendo de nuevo?	- .546	
4. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse muy mal cuando algo le recordaba la experiencia estresante?	- .592	
5. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener reacciones físicas cuando algo le recordaba la experiencia estresante (e.g.: latidos fuertes del corazón, problemas para respirar, sudoración)?	- .567	
6. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	- .512	
7. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (e.g.: personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	- .566	
8. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	- .449	
9. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener firmes creencias negativas sobre usted mismo, los demás o el mundo?		.642

Ítem	Solución bifactorial	
	Factor 1	Factor 2
10. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado culparse o culpar a alguien por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ella?	- .524	
11. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	- .339	.456
12. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado perder el interés en las actividades con las que solía disfrutar?	- .307	.489
13. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse distante o alejado de los demás?		.540
14. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para experimentar sentimientos positivos?		.514
15. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener un comportamiento irritable o arrebatos de ira o actuar agresivamente?		.517
16. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado correr demasiados riesgos o hacer cosas que podían causarle daño?	- .377	
17. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse super alerta, mantenerse vigilante o estar en guardia?	- .359	
18. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado asustarse o sobresaltarse con facilidad?	- .444	
19. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener dificultades para concentrarse?		.438
20. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?	- .304	.318

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

Analizando la **solución de tres factores**, si nos fijamos en los ítems del IDC (véase tabla 8.6) todos quedan recogidos en el factor 1 con puntuaciones bien definidas (pesos factoriales $\geq .35$ en todos los índices del factor, excepto en el ítem 12, con un peso factorial de .317).

Tabla 8.6. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de tres factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	.799		
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	.585		
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	.757		
4. Anhelo a la persona que murió.	.502		
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	.448		
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	.797		
7. No me puedo creer que haya sucedido.	.736		
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	.807		
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	.379		

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	.536		
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.			
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	.317		
13. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	.722		
14. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	.397		
15. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	.377		
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	.664		
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.	.747		
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	.430		
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	.711		

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso del BDI-II, todos, a excepción del ítem 17, quedan recogidos en el factor 3 (véase tabla 8.7). El ítem 17 aparece también en el factor 2 con una puntuación de .381, mayor que la reflejada en el factor 3 (.349). Todos los pesos factoriales puntúan por encima de .35 a excepción del ítem 11, correspondiente la agitación, donde

encontramos un peso de .302 y el ítem 17, correspondiente a la irritabilidad, con una puntuación de .349. El ítem 21 no muestra valores en ninguno de los tres factores.

Tabla 8.7. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de tres factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Tristeza			.549
2. Pesimismo			.563
3. Sentimientos de fracaso			.731
4. Pérdida de placer			.591
5. Sentimientos de culpa			.632
6. Sentimientos de castigo			.618
7. Insatisfacción con uno mismo			.585
8. Autoocríticas			.375
9. Pensamientos o deseos de suicidio			.626
10. Llanto			.536
11. Agitación			.302
12. Pérdida de interés			.555

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
13. Indecisión			.550
14. Inutilidad			.704
15. Pérdida de energía			.515
16. Cambios en el patrón de sueño			
17. Irritabilidad		.381	.349
18. Cambios en el apetito			.472
19. Dificultades de concentración			.556
20. Cansancio o fatiga			.538
21. Pérdida de interés en el sexo			

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

Por último, respecto a los síntomas de estrés postraumático medidos a través de la PCL-5, la mayor parte de los pesos factoriales se encuentran representados dentro del factor 2 (véase la tabla 8.8). Asimismo, los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, aparecen también representados en el factor 1 pero con valores negativos. Finalmente, el ítem 9 aparece también reflejado en el factor 3 pero con un peso factorial inferior (.464 frente a .375). Todos los ítems representados en el factor 2 puntúan por encima de .35.

Tabla 8.8. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de tres factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener recuerdos del acontecimiento traumático repetidos, no deseados y que le provocan malestar?	- .340	.363	
2. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener sueños sobre la experiencia estresante repetidos y que provocan malestar?		.353	
3. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado actuar o sentirse de repente como si la experiencia estresante estuviese ocurriendo de nuevo?	- .359	.418	
4. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse muy mal cuando algo le recordaba la experiencia estresante?	- .425	.370	
5. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener reacciones físicas cuando algo le recordaba la experiencia estresante (e.g.: latidos fuertes del corazón, problemas para respirar, sudoración)?	- .369	.438	
6. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	- .338	.384	
7. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (e.g.: personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	- .387	.370	
8. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	- .396		

Ítem	Solución tres factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
9. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener firmes creencias negativas sobre usted mismo, los demás o el mundo?		.464	.375
10. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado culparse o culpar a alguien por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ella?	-.424		
11. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?		.490	
12. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado perder el interés en las actividades con las que solía disfrutar?		.561	
13. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse distante o alejado de los demás?		.712	
14. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para experimentar sentimientos positivos?		.508	
15. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener un comportamiento irritable o arrebatos de ira o actuar agresivamente?		.684	
16. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado correr demasiados riesgos o hacer cosas que podían causarle daño?		.631	
17. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse super alerta, mantenerse vigilante o estar en guardia?		.679	
18. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado asustarse o sobresaltarse con facilidad?		.811	
19. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener dificultades para concentrarse?		.757	
20. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?		.678	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

Finalmente, analizamos la **solución de cuatro factores**. Si nos fijamos en los ítems del IDC (véase tabla 8.9) todos quedan recogidos en el factor 1 con puntuaciones bien definidas, incluso mejores que en la solución de tres factores (pesos factoriales \geq .40). El ítem 9 (“Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente”) aparece representado también en el factor 2, pero con un valor negativo.

Tabla 8.9. Pesos factoriales de los ítems del IDC en la solución de cuatro factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	.819			
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	.540			
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	.757			
4. Anhele a la persona que murió.	.471			
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	.409			
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	.734			
7. No me puedo creer que haya sucedido.	.648			
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	.737			

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	.428	-.323		
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	.567			
11. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.				
12. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.				
13. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	.721			
14. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	.441			
15. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	.407			
16. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	.667			
17. Siento amargura por la muerte de esa persona.	.729			
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	.408			
19. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	.774			

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En el caso del BDI-II, todos, a excepción del ítem 16 (“Cambios en el patrón de sueño”), quedan recogidos en el factor 3 (véase tabla 8.10). El ítem 17 aparece también en el factor 2 con una puntuación de .411, mayor que la reflejada en el factor 3 (.368). Todos los pesos factoriales puntúan por encima de .35 a excepción del ítem 11, correspondiente a la agitación, donde encontramos un peso de .314 y el ítem 21, correspondiente a la pérdida de interés en el sexo, con una puntuación de .312. Los ítems 15 y 16 aparecen representados en el factor 4 con valores negativos, al igual que el ítem 21 en el factor 1.

Tabla 8.10. Pesos factoriales de los ítems del BDI-II en la solución de cuatro factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1. Tristeza			.556	
2. Pesimismo			.582	
3. Sentimientos de fracaso			.738	
4. Pérdida de placer			.602	
5. Sentimientos de culpa			.636	
6. Sentimientos de castigo			.627	
7. Insatisfacción con uno mismo			.592	
8. Autocríticas			.378	

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
9. Pensamientos o deseos de suicidio			.631	
10. Llanto			.543	
11. Agitación			.314	
12. Pérdida de interés			.573	
13. Indecisión			.556	
14. Inutilidad			.723	
15. Pérdida de energía			.552	- .386
16. Cambios en el patrón de sueño		.319		- .331
17. Irritabilidad		.411	.368	
18. Cambios en el apetito			.476	
19. Dificultades de concentración			.574	
20. Cansancio o fatiga			.565	
21. Pérdida de interés en el sexo	- .308		.312	

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

Por último, respecto a los síntomas de estrés postraumático medidos a través de la PCL-5, la mayor parte de los pesos factoriales se encuentran representados entre el factor 2 y el factor 4 (véase la tabla 8.11). El factor 4 engloba los ítems del 1 al 7, el 10 y el 11. Mientras que el factor 2 recoge los ítems 9 y del 11 al 20. Todos los ítems presentan pesos

factoriales por encima de .35 (a excepción del ítem 11, correspondiente a la agitación, que presenta un valor de .306). El ítem 9, no solo lo encontramos en el factor 2, sino que también está representado en el factor 3, sin embargo, con una puntuación inferior (.412 frente a .391). Por último, el ítem 8 no aparece representado en ninguno de los 4 factores.

Tabla 8.11. Pesos factoriales de los ítems de la PCL-5 en la solución de cuatro factores encontrada al analizar la matriz de correlaciones de Pearson entre los ítems del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener recuerdos del acontecimiento traumático repetidos, no deseados y que le provocan malestar?				.560
2. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener sueños sobre la experiencia estresante repetidos y que provocan malestar?				.650
3. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado actuar o sentirse de repente como si la experiencia estresante estuviese ocurriendo de nuevo?				.548
4. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse muy mal cuando algo le recordaba la experiencia estresante?				.694
5. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener reacciones físicas cuando algo le recordaba la experiencia estresante (e.g.: latidos fuertes del corazón, problemas para respirar, sudoración)?				.507
6. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?				.653

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
7. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (e.g.: personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?				.600
8. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante?				
9. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener firmes creencias negativas sobre usted mismo, los demás o el mundo?		.412	.391	
10. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado culparse o culpar a alguien por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ella?				.477
11. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?		.306		.371
12. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado perder el interés en las actividades con las que solía disfrutar?		.524		
13. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse distante o alejado de los demás?		.607		
14. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para experimentar sentimientos positivos?		.451		
15. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener un comportamiento irritable o arrebatos de ira o actuar agresivamente?		.633		
16. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado correr demasiados riesgos o hacer cosas que podían causarle daño?		.622		
17. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse super alerta, mantenerse vigilante o estar en guardia?		.651		
18. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado asustarse o sobresaltarse con facilidad?		.812		

Ítem	Solución cuatro factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
19. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener dificultades para concentrarse?		.761		
20. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?		.722		

Nota. No se presentan los pesos factoriales menores de .30. La matriz de pesos factoriales es la matriz rotada mediante una rotación oblicua promin.

En resumen, los resultados de los análisis factoriales indicaban que la estructura factorial del IDC, BDI-II y PCL-5 en la muestra de la población general de dolientes de fallecidos por causas no violentas se ajusta mejor a un modelo de tres factores en los que casi exclusivamente saturan los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático.

8.4. Discusión

El objetivo principal del Estudio 3 era examinar la estructura de los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático en una muestra de dolientes de fallecidos por causas no violentas, y los resultados encontrados indican claramente que dicha estructura se ajusta a un modelo de tres factores, cada uno de los cuales corresponde, respectivamente, a los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático, justo la estructura que también encontramos en el Estudio 2 en una muestra de dolientes de fallecidos por atentados terroristas.

Estos resultados nos permiten confirmar la validez de constructo del duelo complicado, no solo en dolientes españoles de fallecidos por atentados terroristas, sino también en una muestra de dolientes españoles de fallecidos por causas no traumáticas. Es decir, nos permiten concluir que el duelo complicado constituiría un constructo

diferente del de la depresión y el estrés postraumático, pero, sin embargo, no apoyarían la hipótesis de la existencia del duelo traumático como un duelo complicado distinto al que aparece cuando la muerte del ser querido no se ha producido por causas violentas o traumáticas.

Es cierto que los resultados del Estudio 3 no son sorprendentes, ya que, como se comentaba en la parte teórica e incluso en el apartado de objetivos e hipótesis de este estudio, existían ya estudios previos que, en muestras neerlandesas y croatas de dolientes de fallecidos por causas no traumáticas, habían encontrado, mediante análisis factorial, que el duelo complicado conformaba un factor diferente al de depresión y estrés postraumático (Boelen y Van den Bout, 2005; Golden y Dalgleish, 2010). En el presente estudio hemos generalizado esos hallazgos a muestras españolas de dolientes y tanto unos como otros se unen a una amplia literatura científica que, desde los años 90 del siglo pasado, han defendido la existencia del duelo complicado como un constructo psicopatológico diferentes de otros trastornos mentales.

Ya Prigerson et al., en el año 1995, demostraron con una muestra de 82 ancianos viudos recientemente, que el duelo complicado constituía un factor independiente de la depresión. Al año siguiente, los resultados de su estudio con 150 viudas corroboraron los resultados anteriores, pues los síntomas de duelo complicado encontrados tenían pesos factoriales muy elevados en un primer factor y pesos factoriales muy inferiores en otros dos factores de ansiedad y depresión (Prigerson et al., 1996). Años más tarde, Boelen, Van den Bout y Keijser (2003), obtuvieron resultados en la misma línea que sus antecesores, pues tras un análisis factorial demostraron que el duelo traumático, la depresión y la ansiedad, se agrupaban en tres factores distintos. Para ello, emplearon una muestra de 103 personas mayores de edad que habían perdido a un familiar hace una media de 41,7 meses. También Cohen (2006), haciendo igualmente uso del análisis

factorial, encontró dos factores diferenciados, uno para el duelo traumático y otro para el TEPT, en una muestra de 196 dolientes que habían perdido a un familiar o amigo cercano a corto plazo (máximo 6 meses).

En el presente estudio, los procedimientos de extracción de factores empleados nos sugerían hasta cuatro factores. Sin embargo, tras analizar los pesos factoriales definidos en cada uno de ellos, concluimos que los síntomas de duelo complicado, estrés postraumático y depresión se agrupaban mejor en una solución de tres factores, al igual que ocurría con la muestra de dolientes víctimas del terrorismo. Empleando el mismo método de análisis que algunos de los autores mencionados anteriormente, obtuvimos resultados en la misma línea. La principal diferencia radica en el tiempo transcurrido desde el fallecimiento, así como en el número de dolientes. Nuestra muestra estaba constituida por 240 sujetos y habían perdido a su familiar una media de 15,29 años antes de la evaluación.

El importante hallazgo de ambos estudios, el 2 y el 3, es, por tanto, que el duelo complicado surgió como un conjunto de síntomas relativamente independientes de los del estrés postraumático y la depresión. De hecho, en ambos grupos de dolientes, de fallecidos por atentados terroristas y de fallecidas por causas no violentas, si aparecían ítems que saturaban en dos factores, en la mayoría de los casos eran síntomas de depresión que saturaban en el factor correspondiente a los síntomas de estrés postraumático o síntomas de estrés postraumático que saturaban en el factor correspondiente a los síntomas de depresión, no solapándose, en cambio, con el factor definido por los síntomas del duelo complicado.

Los resultados de los Estudios 2 y 3 también apoyarían a la reciente decisión del DSM-5 y de la CIE-11 de incluir el trastorno de duelo prolongado en sus clasificaciones

diagnósticas de trastornos mentales. Las decisiones de incluir nuevos diagnósticos en el DSM-5 o en la CIE-11 se basan en investigaciones que demuestran evidencia para su inclusión (APA, 2000). Por tanto, los resultados de los Estudios 2 y 3 de esta tesis corroboran los méritos para establecer el duelo complicado, con el nombre de trastorno de duelo prolongado, como un diagnóstico único en la nosología actual de los trastornos mentales.

Sin embargo, existen varias críticas que deben tenerse en cuenta a la hora de justificar que se establezca el duelo complicado como un trastorno mental. Una de ellas es el hecho de patologizar una reacción normal de duelo (Prigerson y Jacobs, 2001; Stroebe et al., 2001, 2000), aunque los investigadores y clínicos a favor de su inclusión ya han aplicado diferentes medidas para contrarrestar esta crítica, como es el criterio de duración. De esta forma nos ayuda a distinguir las personas que experimentan una angustia temporal de aquellas personas con dificultades más crónicas. Otro argumento en contra de establecer un diagnóstico de duelo complicado en el DSM-5 o en la CIE-11 es que la variabilidad cultural e individual puede dificultar el determinar cuándo una reacción es patológica (Frank et al., 1997; Prigerson et al., 1995). No obstante, la posible variabilidad cultural no es un problema exclusivamente del duelo complicado, sino que es un hecho presente en el resto de los trastornos mentales. Stroebe et al. (2000) apuntaban otra limitación relacionada con el coste que puede suponer crear intervenciones a medida. Sin embargo, debido a que actualmente los individuos son a menudo mal diagnosticados, el establecimiento de la categoría y su diagnóstico adecuado podría ser más rentable a largo plazo.

A pesar de los inconvenientes anteriormente mencionados, las ventajas de considerar un constructo como el de duelo complicado, bajo el nombre de trastorno de duelo prolongado u otro nombre, se superponen a los inconvenientes. Uno de los

principales beneficios por los que se deben desarrollar criterios de diagnóstico estandarizados para el duelo complicado es facilitar la prevención de la cantidad sustancial de problemas de salud física y psicológica que se han asociado a sus síntomas. El duelo en general y especialmente el complicado, se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar una serie de complicaciones psiquiátricas (Zisook, Schneider y Schuchter, 1990; Zisook y Schucher, 1991). Entre ellas, se ha demostrado una importante asociación con el riesgo de ideación suicida y suicidio (Stroebe y Stroebe, 1993). Sin embargo, parece que las personas con duelo complicado tienen menos probabilidades de utilizar los servicios de salud mental que las personas diagnosticadas con TDM, por ejemplo (Prigerson et al., 2001). Pero no solamente encontramos consecuencias en la salud mental de los dolientes, sino también en la salud física. Prigerson et al., (19997) encontraron entre los dolientes con altos niveles de duelo complicado, cambios de salud negativos 6 meses posteriores a la pérdida. Los síntomas se asociaron con presión arterial alta, problemas cardíacos, cáncer, cambios en la alimentación, tabaquismo y problemas de sueño a los 13 o 25 meses después de la pérdida al controlar la edad, el sexo, la patología previa y los altos niveles de depresión y ansiedad. Otro beneficio importante de establecer la categoría diagnóstica para el duelo complicado es el desarrollo de procedimientos de evaluación empíricamente validados. Esto ayudaría a la investigación de los factores de riesgo, las consecuencias y el tratamiento.

En definitiva, encontramos utilidad tanto clínica como investigadora en la creación de la categoría diagnóstica del duelo complicado, pues hemos encontrado índices elevados de la presencia de duelo complicado, especialmente en dolientes de fallecidos por causas traumáticas, así como una elevada comorbilidad con el TEPT, especialmente también en esta muestra de dolientes. Además, este argumento se ve avalado por los resultados de los análisis factoriales realizados en los Estudios 2 y 3 de la presente tesis

doctoral.

Su implantación, ayudaría por lo tanto a la correcta evaluación, la comunicación entre profesionales y a poder aplicar intervenciones adecuadas que permitan a los dolientes entender su sintomatología y afrontar adecuadamente la pérdida, centrando los recursos y las intervenciones en los más necesitados (Sanders, 1993; Stroebe et al., 2000). Como concluyeron Prigerson y Jacobs (2001), el daño causado por no diagnosticar a quienes están en riesgo (falsos negativos), es más preocupante que diagnosticar erróneamente a quienes están sufriendo un duelo dentro de lo considerado “normal”.

Finalmente, aunque los resultados de los Estudios 2 y 3 apoyan la existencia del duelo complicado como un constructo psicopatológico distinto del de depresión y estrés postraumático, sus resultados, en cambio, no apoyan la existencia del duelo traumático como un duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas traumáticas y que es distinto del duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas no traumáticas.

Capítulo 9

Conclusiones

CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES

Sobre la base de los resultados de esta tesis doctoral, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El terrorismo y sus víctimas siguen siendo uno de los problemas más graves a nivel mundial a los que debemos hacer frente.
2. La literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas que sufren los familiares de los fallecidos en atentados terroristas es aún muy escasa.
3. Apenas se ha investigado sobre la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en familiares de víctimas del terrorismo a muy largo plazo.
4. A pesar de encontrar una amplia literatura científica sobre el concepto de duelo complicado, su concepto aún sigue siendo un galimatías. En la nueva edición de la CIE, esto es, la CIE-11, y en la última actualización del DSM-5, es decir, el DSM-5-TR, encontramos por fin su inclusión como una categoría diagnóstica con entidad propia bajo el nombre de trastorno de duelo prolongado.
5. El Inventario de Duelo Complicado (IDC) es el instrumento de evaluación del duelo complicado más utilizado por la comunidad científica. Cuenta con adaptación española y con buenos índices de fiabilidad y validez, tanto en su versión original como en su adaptación al castellano.
6. Los resultados del Estudio 1 de esta tesis doctoral, junto con los resultados de nuestro estudio previo (Soriano et al., 2022), sugieren que el IDC puede aplicarse con adecuadas garantías psicométricas en personas españolas con síntomas de duelo complicado tras el fallecimiento de un ser querido por muerte violenta y no

violenta, lo que facilita la evaluación psicológica de esas personas, especialmente de las que pueden presentar trastornos de duelo complicado.

7. Los síntomas de duelo complicado medidos por el IDC presentan una estructura interna unifactorial tanto en dolientes españoles de fallecidos por causas violentas o traumáticas como en dolientes españoles de fallecidos por causas no traumáticas. Esto apoya empíricamente la utilización de la puntuación total del IDC como medida de duelo complicado, pero no apoyaría la hipótesis de la existencia del duelo traumático como un duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas traumáticas y que es distinto del duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas no traumáticas.
8. Los resultados de los Estudios 2 y 3 de esta tesis doctoral sugieren que las relaciones entre los síntomas de duelo complicado, depresión y estrés postraumático responden a una estructura de tres factores en los que cada grupo de síntomas define un factor distinto, y esto es así tanto en dolientes españoles de fallecidos por causas violentas o traumáticas como en dolientes de fallecidos por causas no violentas o no traumáticas, lo que, por un lado, permite confirmar la validez de constructo del duelo complicado, pero, por otro lado, tampoco apoyaría la hipótesis de la existencia del duelo traumático como un duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas traumáticas y que es distinto del duelo complicado que aparece en los dolientes de fallecidos por causas no traumáticas.
9. Los resultados de los Estudios 1, 2 y 3 de esta tesis doctoral confirman, en resumen, que el duelo complicado constituye un constructo diferenciado de la depresión y del estrés postraumático y, por tanto, apoyarían empíricamente la

decisión de la CIE-11 y del DSM-5-TR de incluir dicho constructo en sus clasificaciones diagnósticas como una categoría con entidad propia bajo el nombre de trastorno de duelo prolongado.

Estas conclusiones deben contemplarse teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios de la presente tesis doctoral, entre las que cabe destacar que los participantes de los tres estudios no fueron seleccionados mediante un procedimiento aleatorio, sino que pertenecían a muestras de conveniencia y, por tanto, susceptibles a los sesgos de este tipo de muestreo. En consecuencia, sería conveniente replicar los resultados de los tres estudios en nuevas muestras de dolientes españoles, preferentemente en dolientes españoles que hayan perdido un ser querido por causas, traumáticas o no traumáticas, diferentes a las analizadas en la presente tesis doctoral. Además, sería conveniente que la investigación futura incluyera también otros instrumentos desarrollados para medir el duelo complicado, especialmente los diseñados para medir la nueva categoría diagnóstica de trastorno de duelo prolongado.

A pesar de sus limitaciones, los resultados de la presente tesis doctoral ponen de manifiesto la importancia de seguir investigando sobre el duelo complicado, no solo en lo referente a su diferenciación de otros constructos psicopatológicos o al desarrollo y análisis psicométrico de sus instrumentos de medida, sino también en lo referente a la correcta evaluación de este trastorno con la consiguiente intervención, especialmente en aquellos dolientes que han perdido a un ser querido por causas violentas como lo es un atentado terrorista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 10: BIBLIOGRAFÍA

Abenheim, L., Dab, W. y Salmi, L.R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(2), 103-109.

Ahern, J., Galea, S., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., y Vlahov, D. (2002). Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(4), 289-300.

Ahlers, M. I., Marín, C. R., y Muñoz, A. A. (2018). *Duelo: Proceso privado y social*. Editorial Segismundo.

Ainsworth, M.D.D., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall S. (1978). *Patterns of attachment: Apsychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Alonso, R., Domínguez, F., y García Rey, M. (2010). *Vidas rotas. Historia de los hombres, mujeres y niños víctimas de ETA*. Madrid: Espasa.

Alonso Llácer, L., Lacomba Trejo, L., y Pérez Marín, M. A. (2020). Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado. *Evidentia (Granada)*, 17, e12754.
<http://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e12754>

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R (3th ed. text revision)*. Washington, DC: APA (trad. cast: Barcelona, Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV (4th ed.)*. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA (trad. cast: Barcelona, Masson, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5*. Arlington, VA: APA (trad. cast: Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014).

American Psychiatric Association. (2020). *View and comment on recently proposed changes to DSM-5. Addition of a new diagnosis, "Prolonged Grief Disorder"*. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/proposed-changes>

Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 2*(1), 21-35.

Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., y Resnick, H. S. (1991). Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. *Behavior Modification, 15*(4), 545-559.

Anderson, S. R. (2018). *Examination of complicated grief, posttraumatic stress, and other psychological reactions among student survivors of the April 16th shootings at Virginia tech* [Tesis doctoral, Virginia Polytechnic Institute and State University]. <https://vtechworks.lib.vt.edu/handle/10919/37503>

Andriessen, K., Lobb, E., Mowll, J., Dudley, M., Draper, B. y Mitchell, P. B. (2018). Help-seeking experiences of bereaved adolescents: A qualitative study. *Death studies, 43*(1), 1-8.

Aries, P. (1974). *Western attitudes toward death*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Aries, P. (1975). *Essai sur l'histoire de la mort en Occident*. París: Senil.

Arquilla, J. y Ronfeldt, D. (2001). The advent of netwar (revisited). En J. Arquilla y D. Ronfeldt (Eds.), *Networks and netwars: The future of terror, crime, and militancy* (pp. 1-25). RAND. Recuperado de <http://faculty.cbpp.uaa.alaska.edu/afgjp/padm610/networks%20and%20netwar.pdf>

Armour, M. (2002). Experiences of covictims of homicide: Implications for research and practice. *Trauma, Violence, and Abuse*, 3, 109-124.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). *La estrategia mundial de las Naciones Unidas contra el terrorismo*. Resolución aprobada por la Asamblea General el 8 de septiembre de 2006. Naciones Unidas. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/RES/60/288>

Avilés, J. (2017). *Osama bin Laden y Al Qaeda: el fin de una era*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barbero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, C., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G., y the ODIN Group (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.

Barnes, J. B., Dickstein, B. D., Maguen, S., Neria, Y., y Litz, B. T. (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults

- bereaved by the attacks of September 11th. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 366-369.
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Bass, D. M. y Bowman, K. (1990). The transition from caregiving to bereavement: The relationship of care-related strain and adjustment to death. *The Gerontologist*, 30(1), 35-42.
- Bayés Sopena, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Barcelona: Martínez-Roca*.
- Bayés, R. (2007). Afrontando la vida, esperando la muerte. *Madrid: Alianza Editorial*.
- Benegas, J. M. (2004). *Diccionario Espasa de Terrorismo*. Madrid: Espasa.
- Bermejo, J.C. (2005). *Estoy en duelo*. Madrid: PPC.
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85-95.
- Bifulco, A. (2007). Loss Trauma. En G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (pp. 612-615). Academic Press.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., y van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 225-238.

- Boelen, P., van den Bout, J. y de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1339-1341.
- Boelen, P. A. y van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(11), 2175-2177.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., y van den Hout, M. A. (2006a). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(11), 1657-1672.
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006b). A Cognitive-Behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109-128.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., y van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 277-284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Boelen, P. A., y Bout, J. V. D. (2007). Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. *Death Studies*, *31*(2), 155-164.
- Boelen, P. A., y van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, *157*(1-3), 311-314.

- Boelen, P. A. (2010). A Sense of 'unrealness' about the death of a loved-one: An exploratory study of its role in emotional complications among bereaved individuals. *Applied Cognitive Psychology*, 24(2), 238-251.
- Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J. y van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374-378.
- Boerner, K., Schulz, R. y Horowitz, A. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19(4), 668-675. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.4.668>
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A. y Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 975- 989. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.975>
- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760-776. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.760>
- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A. y Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827-843. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.827>

- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., y Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 342-351. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.342>
- Bonanno, G. A., y Lilienfeld, S. O. (2008). Let's be realistic: When grief counseling is effective and when it's not. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 377-378. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.377>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss vol. III*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bradley, E. H., Prigerson, H., Carlson, M. D., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R. y Kasl, S. V. (2004). Depression among surviving caregivers: does length of hospice enrollment matter? *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2257-2262.
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Breslau, N., Chase, G.A. y Anthony, J.C. (2002). The uniqueness of the DSM definition of post-traumatic stress disorder: implications for research. *Psychological Medicine, 32*, 573-576.

- Briz, D. C. (2018). Los atentados yihadistas de Barcelona y Cambrils. Análisis empírico y evaluación axiológica desde las ciencias de la seguridad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 14, (20).
- Brom, D., y Kleber, R. (2000). On coping with trauma and coping with grief: Similarities and differences. In R. Malkinson, S. Rubin, & E. Witztum (Eds.), *Traumatic loss and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Brown, J. T. y Stoudemire, G. A. (1983). Normal and pathological grief. *JAMA*, 250(3), 378-382.
- Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., de Bocanegra, H. T., Zatta, E., ... Mannarino, A. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies*, 32(10), 899-923.
<https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/07481180802440209>
- Bucay, J. (2001). *El camino de las lágrimas*. Editorial Sudamericana. Del nuevo Extremo.
- Burdeus, P. E., De Miguel Sánchez, C., Álvarez, R. Á., Molpeceres, E. M., Aguirre, B. M., Fernández, A. R., ... y Oliva, F. J. G. (2016). Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*, 13(2), 399-415.
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B. y Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, 27(1), 49-57.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30, 163-176. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Cabodevilla, I. (2003). Las reacciones de duelo. En M. Die Trill (Ed.), *Psicooncología* (pp. 647-657). Madrid: Ades ediciones.

Calleja, J. M. (2006). *Algo habrá hecho: odio, miedo y muerte en Euskadi*. Madrid: Espasa.

Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González-Ordi, H., Iruarrizaga, I. (2004). The M-11 terrorist attacks in Madrid: Residence proximity to affected areas. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 181-194.

Carmassi, C., Shear, K., Massimetti, G., Wall, M., Mauro, C., Gemignani, S., Conversano, C. y Dell'Osso, L. (2014). Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1322-1329. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.001>

Carr, D., Boerner, K. y Moorman, S. (2020). Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(4-5), 425-431.

CDC. (2004). Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers –New York City, July 2002–August 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 53, 812-815.

Chen, J. C., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., Reynolds, C. F., ... y Jacobs, S. C. (1999). Gender differences in health outcomes resulting from bereavement-related emotional distress. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.

Cleiren, M. P. H. D., Van Der Wal, J. y Diekstra, R. F. W. (1988). Death after a long-term disease: Anticipation and outcome in the bereaved. *Pharos International*, 112, 136-139.

Cobos Redondo, B., Navarro, R., Morán, N., Altungy, P., Gesteira, C., Fausor, R., Reguera, B., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2021). 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 y Estrés*, 27(2-3), 140-148.

<https://doi.org/10.5093/anyes2021a19>

Cohen, N. L. (2006). *Grief and trauma: an empirical investigation of the construct overlap and the psychological and physical functioning of bereaved individuals with and without complicated grief*. Library and Archives Canada= Bibliothèque et Archives Canada, Ottawa.

Comisión Europea. (2018). *Standard Eurobarometer 89. Public opinion in the European Union* (N.º del proyecto: 2014.7256). Recuperado de: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2180>

Conejo-Galindo, J., Medina, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E. y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid. An epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 28-34.

Corredor, A. M. (2002). Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 35-55.

Currier, J. M., Holland, J. M., y Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30(5), 403-428.

Currier, J. M., Neimeyer, R. A., y Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive

quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134, 648-661.

<http://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>

Currow, D. C., Plummer, J. L., Allen, K., Aoun, S. M., Hegarty, M. M. y Abernethy, A. P. (2008). Bereavement help-seeking following an 'expected' death: a cross-sectional randomised face-to-face population survey. *BMC Palliative care*, 7, 19.

<https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-19>

Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., y Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.

Del Pino, J. I., Pérez, J., y Ortega, F. (2003). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. Recuperado de: http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf

Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.

DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13, 559-566.

DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104, 894-904.

Djelantik, A. M. J., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E. y Boelen, P. A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37(1), 26-34.

- Doka, K. J. (Ed.). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Donahue, S. A., Jackson, C.T., Shear, M. K., Felton, C. J. y Essock, S. M. (2006). Outcomes of enhanced counselling services provided to adults through Project Liberty. *Psychiatric Services*, 57(9), 1298-1303.
- Duffy, M., Gillespie, K., y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *BMJ*, 334, 1147-1150.
- Durbán, M. V., Loarte, M. M., Higuera, J. C. B., Maza, R. C. y Fernández, I. S. (2014). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa*, 21(3), 91-97.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A. y Kristensen, P. (2015). Traumatic bereavement and terror: The psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 556-576.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2001). El duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.), *Necesidades psicosociales en la terminalidad* (pp. 229-239). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Supl.), 139-146.

- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50.
- Ehlers, A. (2006). Understanding and treating complicated grief: What can we learn from posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 135-140.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A. y Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). Más allá de la Empatía: una Terapia de Contacto-enla-Relación (N. Mestre, Trad.). *Desclee de Brouwer*. (Trabajo original publicado en 1999).
- Eriksson, N. G., y Lundin, T. (1996). Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the m/s Estonia disaster. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 713-716.
- Erikson, E. H. (1950). Growth and crises of the "healthy personality." In M. J. E. Senn (Ed.), *Symposium on the healthy personality* (pp. 91-146). Oxford, England: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Escobar Quiles, C. (2021). *Abordaje del duelo en la situación Covid-19: Una revisión sistemática* (Trabajo fin de máster). Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna.

Estevan, P., del Miguel, C., Prigerson, H. G. y García, J. Á. G. (2019). Adaptación transcultural y validación del cuestionario PG-13 para la detección precoz de duelo prolongado. *Medicina Paliativa*, 26(1), 22-35.

Europol (2022). European union terrorism situation and trend report 2022 (TE-SAT, 2022). Recuperado el 22 de septiembre de 2022 de: https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/Tesat_Report_2022_0.pdf

Europol (2021). European union terrorism situation and trend report 2021 (TE-SAT, 2021). Recuperado el 07 de febrero de 2021: https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/tesat_2021_0.pdf

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Hormé.

Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston, TX: Honeycomb.

Faschingbauer, T. R., Devaul, R. D. y Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698.

Ferrando P. J. (2021). Seven decades of factor analysis: from Yela to the present day. *Psicothema*, 33(3), 378-385. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.24>

Ferrando, P. J., y Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30(3), 1170-1175. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>

- Ferrando, P.J. y Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-241.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Figley, C. R., Bride, B. E. y Mazza, N. (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCIDII)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, J. E., Mauro, C., Cozza, S. J., Wall, M., Simon, N. M., Ortiz, C. D., Harrington-LaMorie, J., Wang, Y., Fullerton, C. S., Ursano, R. J. y Shear, M. K. (2017). Examination of factor structure of the inventory of complicated grief (ICG) in a sample of bereaved military family members with persistent and elevated grief. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(3).
<http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1571>
- Forstmeier, S. y Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 203-211.
- Fowlkes, M. R. (1990). The social regulation of grief. *Sociological Forum*, 5(5), 635-652.
- Freed, D., Bowler, R., y Fleming, I. (1998). Post-traumatic stress disorder as a consequence of a toxic spill in Northern California. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(3), 264-281.
- Freedy, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B. y Tidwell, R. (1994). The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 450-468.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 2, 2091-2101.

- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14, 235-255.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., y Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 352-358.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Norwood, A.E., Holloway, H.H. (2003). Trauma, terrorism, and disaster. In *Terrorism and disaster Individual and community mental health interventions*. Edited by: Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Norwood, A.E. Cambridge, UK: *Cambridge University Press*, 1-20.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Reeves, J., Shigemura, J. y Grieger, T. (2006). Perceived safety in disaster workers following 9/11. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 61-63.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz, E., Mingote, C, García-Camba, E., Fernández, A. y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22, 339-346.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M. J., Morgan, M. D., y Gold, J. (2002). An investigation of the psychological effects of the September 11, 2001, attacks on New York City: developing and implementing research in the acute postdisaster period. *CNS spectrums*, 7(8), 585-596.

Galea, S., Nandi, A. y Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91.

Gamo, M., Del Álamo, C., Hernangómez, L. y García, A. (2003). Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(5), 239-243.

García, H. A. M. (2016). *La pérdida y el duelo: Una experiencia compartida*. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com>

García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology*, 23(2), 215-244.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of post-traumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.

García-Vera, M. P., Sanz, J., y Sanz-García, A. (2021). Ten things every psychologist should know about treating psychological disorders in victims of terrorism. *Psicothema*, 33(2), 177-187.

Geronazzo-Alman, L., Fan, B., Duarte, C. S., Layne, C. M., Wicks, J., Guffanti, G., . . . Hoven, C. W. (2019). The distinctiveness of grief, depression, and posttraumatic stress: Lessons from children after 9/11. *Journal of the American Academy of*

Child & Adolescent Psychiatry, 58(10), 971-982.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.12.012>

Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester Arnal, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.

Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 345-357.

Golden, A. J. y Dalglish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178(2), 336-341. [https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.psychres.2009.08.021](https://doi.org/bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.psychres.2009.08.021)

Goldsmith, B., Morrison, R. S., Vanderwerker, L. C., y Prigerson, H. G. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death Studies*, 32(4), 352-365.

González-Ordi, H., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A. e Iruarrizaga, J.M. (2004). Traumatic events exposure aftermath in emergency personnel: Psychological consequences after the March 11, 2004, terrorist attack in Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 207-217.

Gorsuch, R. L. (1997). Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 532-560.

https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_5

Goveas, J. S. y Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119–1125.

- Green, B. (2000). Traumatic loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 1–17.
- Guldin, M. B., Vedsted, P., Zachariae, R., Olesen, F. y Jensen, A. B. (2012). Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Supportive care in cancer*, 20(8), 1679-1685.
- Guic, E. y Salas, A. (2006). El trabajo de duelo. *Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 11, 11.
- Guntrip, H. (1971). *Estructura de la personalidad e interacción humana: la síntesis progresiva de la teoría psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez Camacho, S. (2015). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/38866/>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hanson, R. F., Kilpatrick, D. G., Freedy, J. R., y Saunders, B. E. (1995). Los Angeles County after the 1992 civil disturbances: degree of exposure and impact on mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 987.
- Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., y Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(2), 99-111.

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Hartz, G. W. (1986). Adult grief and its interface with mood disorder: Proposal of a new diagnosis of complicated bereavement. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 60-64.
- Hobfoll, S.E., Canetti-Nisim, D. y Johnson, R.J. (2006). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 207-218.
- Hogan, N. S., Greenfield, D. B. y Schmidt, L. A. (2001). Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies*, 25, 1-32.
- Holland, J. M., Currier, J. M., y Gallagher-Thompson, D. (2009). Outcomes from the Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) program for bereaved caregivers. *Psychology and Aging*, 24(1), 190.
- Horacek, B. J. (1995). A heuristic model of grieving after high-grief deaths. *Death Studies*, 19(1), 21-31.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activity of latent self-images. *The American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1157-2.
- Horowitz, M. J. (1993a). Stress-response syndromes. *International handbook of traumatic stress syndromes*, 49-60.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., y Holen, A. (1993b). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260-273.

- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., y Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatric*, 154, 904-910.
- Hoyt, W. T., y Larson, D. G. (2010). What have we learned from research on grief counseling? Response to Schut and Neimeyer. *Bereavement Care*, 29, 10 –13.
<https://doi.org/10.1080/02682620903560841>
- Hull, A. M., Alexander, D. A., y Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(5), 433-438.
- Humphrey, G. M., y Zimpfer, D. G. (1996). *Counselling for grief and bereavement*. Londres: Sage Publications.
- INE (enero, 2021): *Encuesta de Población Activa*; Instituto Nacional de Estadística, Madrid. Recuperado de: <https://elpais.com/economia/2021-01-28/espana-destruyo-622600-empleos-y-la-tasa-de-paro-aumento-hasta-el-1613-en-el-ano-de-la-pandemia-de-coronavirus.html>
- Institute for Economics and Peace (2015). *Global Terrorism Index. 2015. Measuring and understanding the impact of terrorism*. IEP report 36. Noviembre de 2015. Recuperado de <http://economicsandpeace.org/wp-content/uploads/2015/11/Global-Terrorism-Index-2015.pdf>
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., y González-Ordí, H. (2004). Psychopathological consequences after the M-11 terrorist attack in Madrid on victims, relatives, and friends. *Ansiedad y Estrés*, 10, (2-3), 195-206.

- Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M. K., ... y Wall, M. M. (2012). Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PloS one*, 7(2), e31209.
- Jacobs, S. y Douglas, L. (1979). Grief: a mediating process between a loss and illness. *Comprehensive Psychiatry*, 20(2), 165-176.
- Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A., Berkman, L., y Charpentier, P. (1986a). The measurement of grief: Age and sex variation. *British Journal of Medical Psychology*, 59(4), 305-310.
- Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A. M., Berkman, L., Kosten, T. R., y Charpentier, P. (1986b). The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved. *Hospice Journal*, 2(4), 21-36
- Jacobs, S., y Lieberman, P. (1987). Bereavement and depression. En O. G. Cameron (Ed.), *Presentations of depression: depressive symptoms in medical and other psychiatric disorders* (pp. 169-184). Wiley.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Jacobs, S., Mazure, C., y Prigerson, H. (2000, Apr-May). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Jiménez, D. (2005). Acciones de grupos terroristas de Próximo Oriente en España, 1975-1985. *Espacio, Tiempo y Forma, Serie V, Historia Contemporánea*, 17, 325-344.

- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., y O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86.
- Johns, L., Blackburn, P. y McAuliffe, D. (2020). COVID-19, Prolonged Grief Disorder and the role of social work. *International Social Work*, 63(5), 660–664.
- Johnson, J. G., Vanderwerker, L. C., Bornstein, R. F., Zhang, B., y Prigerson, H. G. (2006). Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(4), 261-270.
- Johnson, J. G., First, M. B., Block, S., Vanderwerker, L. C., Zivin, K., Zhang, B., y Prigerson, H. G. (2009). Stigmatization and receptivity to mental health services among recently bereaved adults. *Death studies*, 33(8), 691-711.
- Jordan, J. R., Baker, J., Matteis, M., Rosenthal, S. y Ware, E. S. (2005). The Grief Evaluation Measure (GEM): an initial validation study. *Death Studies*, 29(4), 301-332.
- Jordan, A. H., y Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practise*, 45(3), 180-187.
- Keesee, N. J., Currier, J. M., y Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of clinical psychology*, 64(10), 1145-1163.

- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B. T., Arolt, V., y Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders, 118*(1-3), 201-204.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 339-343.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 48*, 191-214.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association, 289*, 3095-3105.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first Century. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 137-158.
- Khader, B. (2010). *El mundo árabe explicado a Europa*. Barcelona: Icaria.
- Kim, Y., Carver, C. S., Spiegel, D., Mitchell, H. R. y Cannady, R. S. (2017). Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. *Psycho-Oncology, 26*(4), 484-492.
- Klass, D., Silverman, P. R. y Nickman, S. L. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: new understandings of grief: Series in death education, aging, and health care*. Washington, D. C.: Taylor & Francis.

- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M. y Cénat, J. M. (2020). Prolonged Grief Related to COVID-19 Deaths: Do We Have to Fear a Steep Rise in Traumatic and Disenfranchised Grievs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(c), 94–95.
- Kopelovich, S. L. (2015). *Psychosocial sequelae of homicide among murder victims' family members: An appraisal of depression, grief, and posttraumatic stress* [Tesis doctoral, City University of New York]. https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/1011
- Kristensen, P., Weisæth, L., Hussain, A., Y Heir, T. (2015). Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: A longitudinal study after the 2004 Tsunami. *Depression and Anxiety*, 32(1), 49-56.
- Kristensen, P., Dyregrov, K., y Gjestad, R. (2020). Different trajectories of prolonged grief in bereaved family members after terror. *Frontiers in Psychiatry*, 1059. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.545368>
- Krueger A. B., y Malecková, J. (2003). Education, poverty and terrorism: is there a casual connection? *Journal of Economic Perspectives*, 17, 119-144.
- Lenferink, L. I., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E. y Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, 37(1), 35-44
- Langner, R. y Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235-242.

- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E. y Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870.
- Larizgoitia, I., Fernández, I., Markez, I., Izarzugaza, I., Larizgoitia, A., Moreno, F., Páez, D., y Martín-beristaín, C. (2011). Secuelas de la violencia colectiva: hablan las víctimas del estudio ISAVIC. *Gaceta Sanitaria*, 25, 115-121.
- Latham, A. y Prigerson, H. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psy-chiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-362.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Li, L. W. (2005). From caregiving to bereavement: trajectories of depressive symptoms among wife and daughter caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), P190-P198.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., y Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical psychology review*, 24(6), 637-662.
- Lichtenthal, W. G., Sweeney, C. R., Roberts, K. E., Corner, G. W., Donovan, L. A., Prigerson, H. G. y Wiener, L. (2015). Bereavement follow-up after the death of a child as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric blood & cancer*, 62(S5), S834-S869.
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-295.

- Lindemann E, (1944). Symptomatology and management of Acute Grief. *American Journal Psychiatry*, 101,141-149.
- Llácer, L. A., Campos, M. R., Martín, P. B. y Marín, M. P. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de vida y salud*, 12(1).
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada, *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. y Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death studies*, 34(8), 673-698.
- López Romo, R. (2015). *Informe Foronda. Los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas 1968-2010*. Instituto de Historia Social Valentín de Foronda, Universidad del País Vasco.
- Lorenzp-Seva, U. y Ferrando, P.K. (2021). Not positive definite correlation matrices in exploratory item factor analysis: causes, consequences and proposed solution. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 27(1), 138-147.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2020.1735393>
- Luce, A., Firth-Cozens, J., Midgley, S., y Burges, C. (2002). After the Omagh bomb: posttraumatic stress disorder in health service staff. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(1), 27-30.

- Ludwikowska-Świeboda, K. y Lachowska, B. (2019). Polish version of the Inventory of Complicated Grief—Preliminary validation. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1069-1086.
- Lumbeck, G., Brandstätter, M. y Geissner, E. (2012). Erstvalidierung der deutschen version des “Inventory of Complicated Grief” (ICG-D) [Preliminary validation of the German version of the Inventory of Complicated Grief (ICG-D)]. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie: Forschung Und Praxis*, 41(4), 243-248. <http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443/a000172>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., y O’Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., y Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266-275.
- Maercker, A., Fortmeier, S., Enzler, A. Y Ehlert, U. (2005). Complicated grief as a stressresponse syndrome: results from the Zurich older age study. In *7th International conference on grief and bereavement in contemporary society, London*.
- Maercker, A. y Znoj, H. (2010). The younger sibling of PTSD: Similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*, 1(1), 5558.
- Malkinson, R. E., Rubin, S. S. E. y Witztum, E. E. (2000). *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Psychosocial Press.

- Marcey, M. M. (1996). A comparison of the long-term effects of bereavement after four types of death: Anticipated death, sudden death, drunk driver crash, and homicide. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 56(11-B), 6399.
- Marques, L., Bui, E., LeBlanc, N., Porter, E., Robinaugh, D., Dryman, M. T., ... y Simon, N. (2013). Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. *Depression and anxiety*, 30(12), 1211-1216.
- Martín-Peña, J. (2013). Amenazados de ETA en Euskadi: una aproximación al estudio científico de su victimización. *Eguzkilore*, 27, 95-117.
- Marwit, S. J. (1991). DSM-III—R, grief reactions, and a call for revision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(1), 75.
- McCann, I., y Perlman, L. (1990). *Psychological trauma and the adult survivors: Theory, therapy, and transformation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- McCarthy, M. C., Clarke, N. E., Ting, C. L., Conroy, R., Anderson, V. A., y Heath, J. A. (2010). Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of a child from cancer. *Journal of palliative medicine*, 13(11), 1321-1326.
- McClatchey, I. S., Vonk, M. E., Lee, J., y Bride, B. (2014). Traumatic and complicated grief among children: One or two constructs? *Death studies*, 38(2), 69-78.
- McDermott, O. D., Prigerson, H. G., Reynolds III, C. F., Houck, P. R., Dew, M. A., Hall, M., ... y Kupfer, D. J. (1997). Sleep in the wake of complicated grief symptoms: an exploratory study. *Biological Psychiatry*, 41(6), 710-716.
- McDevitt-Murphy M. E., Neimeyer R. A., Burke L. A., Williams J. L., y Lawson K. (2012). Assessing the toll of traumatic loss: Psychological symptoms in African

- Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303.
- McHorney, C. A. y Mor, V. (1988). Predictors of bereavement depression and its health services consequences. *Medical Care*, 882-893.
- Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J., Reynolds III, C. F., Frank, E. y Shear, M. K. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Melhem, N. M. (2002). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *ProQuest Information & Learning (US)*.
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K. y Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 493-499.
- Mezzich, J. E., Zapata, M. I., y Schwartz, K. (1995). La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. *Revista Médica Herediana*, 6(4), 187-192.
- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N. y Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hanssen (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 44-61). New York: Cambridge University Press.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.

- Miguel-Tobal, J. J., Vindel, A. C., Iruarrizaga, I., Ordi, H. G., y Galea, S. (2004). Psychopathological repercussions of the March 11 terrorist attacks in Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., González-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D. y Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 69-80.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2008). An attachment perspective on bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 87-112). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ministerio del Interior. Subsecretaría de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo (2017). *Víctimas mortales por atentados terroristas*. España. Obtenida el 30 de marzo de 2015, de <http://www.interior.gob.es>.
- Ministerio de Interior (2022a). *Lucha antiterrorista contra ETA y el terrorismo internacional - XIV Legislatura*. Consultado el 31 de enero en la página web: <http://www.interior.gob.es/lucha-antiterrorista-contra-eta-y-el-terrorismo-internacional-xiv-legislatura-diciembre-2019-...->
- Ministerio de Interior (2022b). *Nivel de alerta antiterrorista*. Consultado el 31 de enero en la página web: <http://www.interior.gob.es/prensa/nivel-alerta-antiterrorista>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. *Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE 2017 Metodología. 2017*. Consultado el 08 de febrero de 2022 en la página web: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

- Mínguez Casado, A. (2015). *Influencia del apoyo social y las consecuencias físicas y legales de los atentados terroristas en la sintomatología de estrés postraumático en las víctimas*. Trabajo fin de máster. Máster en Psicología General Sanitaria. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G. y Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(1), 12-18.
- Moayedoddin, B. y Markowitz, J. C. (2015). Abnormal grief: should we consider a more patient-centered approach? *American Journal of Psychotherapy*, 69(4), 361-378.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V. y Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 475-482.
- Morales, J. F. y Bustillos, A. (2008). La exclusión social. En J. F. Morales, C. Huici, E. Gaviria y A. Gómez (Eds.), *Método, teoría e investigación en psicología social*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G., y Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 288-297.
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M. y Shati, M. (2020). Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(2), 225–232.

- Moos, R. H., y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-25). New York: Plenum.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., Rubinstein, R. y Resch, N. (1993). Impact of elderly mother's death on middle age daughters. *The International Journal of Aging and Human Development*, 37(1), 1-22.
- Mújica, N. M. (2017). Evolución del perfil del yihadista en Europa. *bie3: Boletín IEEE*, (6), 556-573.
- Muñoz, J. J., y Navas, E. (2007). El daño psicológico en las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 147-160.
- Nadeau, J. W. (1998). *Families making sense of death*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Najarian, L., Goenjian, A., Pelcovitz, D., Mandel, F. y Najarian, B. (2001). The effect of relocation after a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 511–526.
- Nakajima, S., Shirai, A., Maki, S., Ishii, Y., Nagamine, M., Tatsuno, B., y Konishi, S. (2009). Mental health of the families of crime victims and factors related to their recovery. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica*, 111(4), 423.
- Nakajima, S., Masaya, I., Akemi, S., y Takako, K. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210.
- Nandi, A., Galea, S., Ahern, J. y Vlahov, D. (2005). Probable cigarette dependence, PTSD, and depression after an urban disaster: Results from a population survey of

New York City residents 4 months after September 11, 2001. *Psychiatry*, 68, 299-310.

National Center for Health Statistics (2009). *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/icd9/abticd10.htm>. Revisado el 20 de marzo de 2019.

Neimeyer, R. A., y Stewart, A. E. (1996). Trauma, healing, and the narrative employment of loss. *Families in Society*, 77(6), 360-375.

Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558.
doi:10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R. A., Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., Figueras, S., y Werner-Wildner, L. A. (2002). The meaning of your absence: Traumatic loss and narrative reconstruction. *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss*, 31-47.

Neimeyer, R. A. y Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Neria, Y. y Litz, B. T. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87.

Neria, Y., Gross, R., Olfson, M., Gameraff, M.J., Wickramaratne, P., Das, A., Pilowsky, D., Feder, A., Blanco, C., Marshall. R.D., Lantigua, R., Shea, S. y Weissman,

- M.M. (2006). Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *General Hospital Psychiatry*, 28, 213-222.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., et al. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251-262.
- Neria, Y., Nandi, A. y Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 467-480.
- Neria, Y., DiGrande, L., y Adams, B. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks: A Review of the Literature Among Highly Exposed Populations. *American Psychologist*, 66(6), 429–446.
- Neimeyer, R. A., Hogan, N. S. y Laurie, A. (2008). The measurement of grief: Psychometric considerations in the assessment of reactions to bereavement. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 133-161).
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., Spitznagel, E.L. y Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City Bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282, 755-762.
- North, C.S. (2001). The course of post-traumatic stress disorder after the Oklahoma City bombing. *Military Medicine*, 166(2):51-52.
- North, C. S., Spitznagel, E. L., y Smith, E. M. (2001). A prospective study of coping after exposure to a mass murder episode. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(2), 81-87.

- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., y Smith, E. M. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 857-859.
- Norris, F. H., Friedman, M. J. y Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65, 240–260.
- Norris F.H., Friedman M.J., Watson P.J., Byrne C.M., Diaz E. y Kaniasty K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3):207-39.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S., y McCoy, G. (2005). Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City. *British Journal of Psychology*, 487-493.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., y Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*, 42(2), 969-972.
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M., y Guldin, M. B. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised: are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 672-679.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Weideman, R., McCallum, M., Azim, H. F. y Rosie, J. S. (2003). Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 87-93.

- Olmeda, M.S. y García, A. M. (2006). Parentesco y duelo. Conferencia llevada a cabo en el VII Congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/parentesco-y-duelo>
- Parisi, A., Sharma, A., Howard, M. O. y Wilson, A. B. (2019). The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 103,43-57.
- Parkes, C. M. (1971). Psychosocial transitions: A field for study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International University Press.
- Parkes, C.M. (1975). Determinants of outcome following bereavement. *Omega*, 6, 303-323.
- Parkes, C. M. y Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. *Journal of social issues*, 44(3), 53-65.
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201.
- Pasnau, R. O., Fawney, F. I., y Fawney, N. (1987). Role of the physician in bereavement. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 109-120.

- Pasternak, R. E., Reynolds, C. F., Schlernitzauer, M., Hoch, C. C., Buysse, D. J., Houck, P. R., y Perel, J. M. (1991). Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Pérez Trenado, M. (1999). El proceso de duelo y la familia. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta y I. Vega de Seoane (Eds.). *La familia en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Person, S., Tracy, M. y Galea, S. (2006). Risks factors for depression six months after disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 659-666.
- Pfefferbaum, B., Call, J., Lensgraf, S., Miller, P., Flynn, B., Doughty, D., et al. (2001). Traumatic grief in a convenience sample of victims seeking support services after a terrorist incident. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 19–24.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F., y Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 52(8), 1069-1074.
- Pirard, P., Motreff, Y., Lavalette, C., Vandentorren, S., Baubet, T. y Messiah, A. (2018). Mental health impact and health care use of the bereaved persons 8-11 months after the November 2015 Paris terror attacks. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky213-635.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K. y King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*, 87, 22-29.

- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S.,... y Kupfer, D. J. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... y Miller, M. (1995b). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., y Reynolds III, C. F. (1996a). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *The American journal of psychiatry*, 153(11), 1484.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Newsom, J. T., Frank, E., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., ... y Kupfer, D. J. (1996b). Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? *Anxiety*, 2(1), 1-12.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., ... y Jacobs, S. (1997a). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American journal of psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silberman, R., Prigerson, J., y Reynolds, C. F. (1997b). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
- Prigerson, H. G., Wolfson, L., Shear, M. K., Hall, M., Bierhals, A. J., Zonarich, D. L., ... y Reynolds III, C. F. (1997c). Case histories of traumatic grief. *Omega-Journal of Death and Dying*, 35(1), 9-24.

- Prigerson, H., Bridge, J., Maciejewski, P., Beery, L., Rosenheck, R., Jacobs, S., et al. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1994–1995.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ... y Widiger, T. A. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Beery, L. C., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., Kupfer, D. J. & Brent, D. A. (2000a). Traumatic grief as a risk factor for suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry* (en prensa).
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S., Kasl, S. V., Maciejewski, P. K., Silverman, G. K., Narayan, M. y Bremner, J. D. (2000b). Grief and its relation to post-traumatic stress disorder. In *Post Traumatic Stress Disorders: Diagnosis, Management and Treatment* (ed. D. Nutt and J. R. T. Davidson). Martin Dunitz: New York (en prensa).
- Prigerson, H. y Jacobs, S. (2001a). Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". *Journal of the American Medical Association*, 286, 1369-1376.
- Prigerson, H. y Jacobs, S. (2001b). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., Schut, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. *American Psychological Association*, 613–647.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K.,... y Bonanno, G. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.

- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V. y Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K. y Reynolds, C. F. (2022). Prolonged Grief Disorder Diagnostic Criteria—Helping Those With Maladaptive Grief Responses. *JAMA psychiatry*.
- Pulcino, T., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Foley, M., y Vlahov, D. (2003). Posttraumatic stress in women after the September 11 terrorist attacks in New York City. *Journal of Women's Health*, 12(8), 809-820.
- Pynoos, R. S., Nader, K., Frederick, C., Gonda, L. y Stuber, M. (1987). Grief reactions in school age children following a sniper attack at school. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*.
- Pynoos, R. S. y Nader, K. (1990). Children's exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric Annals*, 20(6), 334-344.
- Rando, T. A. (1993). Treatment of complicated mourning. *Champaign, IL: Research Press*.
- Rando, T. A. (1996). Complications in mourning traumatic death. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke* (pp. 139-160). Washington, D.C.: Hospice Foundation of America.
- Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.
- Raphael, B. (1983). *Anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.

- Raphael, B., Middleton, W., Martinek, N., y Misso, V. (1993). Counseling and therapy of the bereaved. En M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention* (pp. 427-453). Nueva York: Cambridge University Press.
- Raphael, B. (1997a). The interaction of trauma and grief. In D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks, & G. Mezey (Eds.), *Psychological trauma: A developmental approach*. London: Gaskell.
- Raphael, B. y Martinek, N. (1997b). Assessing traumatic bereavement and PTSD. In: Wilson, J.P., Keane, T.M. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395) New York: Guilford.
- Raphael, B., Minkov, C., Dobson, M., 2001. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In: M.S., S., Hansson, R.O., Stroebe, W., Schit, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care. American Psychological Association*, 587–612.
- Ray, A. y Prigerson, H. (2007). Grieving. En G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (238-242). Academic press.
- Real Academia Española (2014). Terrorismo. En *Diccionario de la lengua española*, 23^a edición. Consultado el 14 de enero en la página web: <https://dle.rae.es/?id=EEI28uS|EEmPUc7>
- Real Academia Española (2014). Terrorismo. En *Diccionario de la lengua española*, 23^a edición. Consultado el 14 de enero en la página web: <https://dle.rae.es/?id=Zd3L6Oc>

- Recio Adrados, J. L., y Jiménez Núñez, F. (2000). *Usos y abusos de la religión: La dimensión religiosa fundamentalista en el 11S y 11M a través de la prensa española de referencia*. Editorial Complutense.
- Reeves, N. C. y Boersma, F. J. (1990). The therapeutic use of ritual in maladaptive grieving. *Omega-Journal of Death and Dying*, 20(4), 281-291.
- Regehr, C., y Sussman, T. (2004). Intersections between grief and trauma: Toward an empirically based model for treating traumatic grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 289.
- Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., Gutiérrez, Pascual, S., y Sanz, J. (2014). *La lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (PCL): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Valencia, 11-13 de septiembre.
- Reinares, F. (2021). *11-M: La venganza de Al Qaeda (Ensayo)*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Reynolds III, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., ... y Kupfer, D. J. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 202-208.
- Rock, P. (1998). *After homicide: Practical and political responses to bereavement*. New York: Oxford University Press.

- Rodríguez Morales, T. G. (2012). Terrorismo y nuevas formas de terrorismo. *Espacios públicos*, 15(33), 72-95.
- Rodríguez Uribe, J. M. (2011, junio). *Ayuda y asistencia integral a las víctimas del terrorismo*. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre Víctimas del Terrorismo, San Sebastián.
- Rodríguez, I. S. C. (2006). El terrorismo revolucionario: mutación y selección política. *Revista de Estudios Políticos*, (132), 69-100.
- Rogers, M. P. y Reich, P. (1988). On the health consequences of bereavement. *New England Journal of Medicine*, 319, 510-512.
- Rojas, S. (2005). *El manejo del duelo*. Barcelona: Granica.
- Romanoff, B. D. (2012). Acceptance and commitment therapy (ACT). En R. A. Neimeyer (Ed.9), *Techniques of grief therapy* (pp. 153-155). Routledge.
- Romero, V., y Rodríguez, J. A. C. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología*, 13(1), 23-37.
- Rubin, S. S., Malkinson, R. y Witztum, E. (2012). *Working with the bereaved: Multiple lenses on loss and mourning*. Routledge.
- Rubin, S. S., Malkinson, R. y Witztum, E. (2020). Traumatic bereavements: Rebalancing the relationship to the deceased and the death story using the two-track model of bereavement. *Frontiers in Psychiatry*, 905. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.537596>
- Rynearson, E. K (1987). Psychotherapy of pathologic grief: Revisions and limitations. *Psychiatric Clinics of North America*, 10,487-500.

- Rynearson, E. K. y McCreery, J. M. (1993). Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 258.
- Rynearson, E. (2013). *Retelling violent death*. Routledge.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11, 11. <http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1186/1471-244X-11-96>.
- Sanders, C. M., Mauger, P.A., y Strong, P. N., Jr. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sanders, C. (1989). *Grief: the mourning after dealing with adult bereavement*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez Marqueses, J. M., Jiménez, A., Sanz-García, A., y García-Vera, M. P. (2020). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 20(1), 137-173.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Mental health consequences of terrorist attacks in adults. En P. Graf y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook on the state of the art in applied psychology* (pp. 207-237). Wiley.
- Schaal, S., Elbert, T. y Neuner, F. (2009). Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 59(3), 203-219.
- Schlenger, W., Cadell, J., Ebert, L., Jordan, B., Rourke, K., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J., Fair-bank, J. y Kulka, R. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 581-588.

- Schmid, A., Jongman A. et al. (1988). *Political Terrorism: A New Guide to Actors, Authors, Concepts, Data Bases, Theories, and Literature*. New Brunswick Transaction Books: NJ.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L. y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C., ... y Burton, L. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: findings from the caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 285(24), 3123-3129.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S. y Gitlin, L. N. (2006). Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 650-658.
- Schwarz, E. D., y Kowalski, J. M. (1991). Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 936-944.
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C. y Koffman, J. (2020). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81–e86.
- Shackleton, C. H. (1984). The psychology of grief: A review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6, 153-205.
- Shaver, P. R., y Tancredy, C. M. (2001). Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut

- (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 63-88). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S.A. y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57, 1291-1297.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., y Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 453-461.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... y Gorskak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Sheskin A.D. y Wallace S.E. (1976). Differing bereavements: suicide natural and accidental death. *Omega* 7, 2, 29-42
- Shirai, A., Nakajima, S., Maki, S., Tatsuno, B., y Konishi, S. (2010). Complicated grief and posttraumatic stress disorder among bereaved adults following violent death in Japan: prevalence and risk factors. *Rinsho seishinigaku*, 39, 1053-1062.
- Shuchter, S. R. y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 23-43). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Silver, R.C., Holman, E.A., McIntosh, D.N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Silverman, P. R. y Klass, D. (1996). Introduction: What's the problem. *Continuing bonds: New understandings of grief*, 3-27.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Noaghiul, F. S. y Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological medicine*, 30(4), 857-862.
- Silverman, G. K., Johnson, J. G. y Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 202-215.
- Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., ... y Shear, M. K. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1105-1110.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., ... y Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395-399.
- Singh, B. y Raphael, B. (1981). Postdisaster morbidity of the bereaved: a possible role for preventive psychiatry? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(4), 203-212.
- Sireling, L., Cohen, D., y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy*, 19(2), 121-132.
- Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B., Gersons, B. P. y Boelen, P. A. (2015). Brief eclectic psychotherapy for traumatic grief (BEP-TG): Toward

integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27324.

Soriano, A., García-Vera, M. P., Cobos, B., Gesteira, C., Morán, N., Fausor, R., Sanz-García, A., Jiménez-Prensa, A., y Sanz, J. (2022). Complicated grief in a Spanish sample of victims of terrorism: evidence of validity of the Inventory of Complicated Grief. *Omega: Journal of Death and Dying*.
<https://doi.org/10.1177/00302228221104303>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2022). *Country Reports on Terrorism 2021: Annex of Statistical Information*. Universidad de Maryland.

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2020). *Country Reports on Terrorism 2019: Annex of Statistical Information*. Universidad de Maryland. Recuperado de:
https://www.start.umd.edu/pubs/START_GTD_GlobalTerrorismOverview2019_July2020.pdf

Statista (2022). *Número de muertes en ataques terroristas en España de 1968 a 2017, por grupo responsable*. Consultado el 31 de enero en la página web:
<https://es.statista.com/estadisticas/563671/fallecidos-en-ataques-terroristas-en-espana-por-grupo-responsable/>

Stroebe, M. S. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega*, 26, 19-42.

Stroebe, M., Gergen, M., Gergen, K., & Stroebe, W. (1996). Broken hearts or broken bonds. En D. Klass, P. R. Silverman y S. Nickman (Eds.), *Continuing bonds: new understandings of grief* (pp. 31-44). Routledge.

- Stroebe, M. S., y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23,197-224.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. y van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57-75.
- Stroebe, M., Schut, H. y Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma–bereavement interface. *Israeli Journal of Psychiatry-Related Sciences*, 38, 185-201.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S. y Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.
- Stroebe, M., Boelen, P. A., Van Den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., y Van Den Bout, J. (2007). Ruminative coping as avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 462-472.
- Sveen, J., Bergh Johannesson, K., Cernvall, M. y Arnberg, F. K. (2018). Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PloS one*, 13(12), e0209757. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0209757>
- Thompson, L. W., Breckenridge, J. N., Gallagher, D. y Peterson, J. (1984). Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *Journal of Gerontology*, 39(3), 309-314.
- Torres, H. (2010). El concepto de terrorismo, su inexistencia o inoperancia: la apertura a la violación de derechos humanos. *Revista Diálogos de Saberes*, 31, 77-90.
- Torrés, B. (2016). *Duelo complicado en familiares de fallecidos en atentados terroristas*. (Trabajo fin de máster). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

- Treml, J., Kaiser, J., Plexnies, A. y Kersting, A. (2020). Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Affective Disorders, 274*, 420-434.
- Tomita, T. y Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry, 43*(2), 95-102.
- Tsai, W. I., Prigerson, H. G., Li, C. Y., Chou, W. C., Kuo, S. C. y Tang, S. T. (2016). Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliative Medicine, 30*(5), 495-503.
- Tsutsui, T., Hasegawa, Y., Hiraga, M., Ishiki, M., y Asukai, N. (2014). Distinctiveness of prolonged grief disorder symptoms among survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Psychiatry Research, 217*(1-2), 67-71.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., y Dickson, W. (2000). Predictors of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 27*(4), 406-416.
- Turner, S. W., Thompson, J., y Rosser, R. M. (1995). The Kings Cross fire: psychological reactions. *Journal of Traumatic Stress, 8*(3), 419-427.
- Tyson-Rawson, K. (1996). Relationship and heritage: Manifestations of ongoing attachment following father death. In D. Klass, P. R. Silverman & S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds: new understandings of grief. series in death education, aging, and health care* (pp. 125-145). Taylor & Francis.

- Van der Hart, O. y Brown, P. (1990). Concept of psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1691. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1691a>
- Van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., y Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 566-573.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., y Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 121-123.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for Complicated Grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L. y Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. y White, P. (2020). Grief during the COVID19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70–e76.
- Walsh, F. (2020). Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope, and Transcendence. *Family Process*, 59(3), 898–911.
- Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx y Schnurr (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <http://www.ptsd.va.gov>

- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. y Keane, T. (1993, October 24-27). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility* [Paper presentation]. 9th Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weisman A. (1976). *Coping with untimely death. Human adaptation: coping with life crises*. Levington Mass: DC. Health & Co.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., y Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 361.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. y van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (2nd ed.)*. Springer Publishing Co.
- Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/en>
- Wortman, C. B. y Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Wortman, C. B., Silver, R. C. y Kessler, R. C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. In M. S. Stroebe, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of*

bereavement: Theory, research, and intervention (pp. 349-366). New York: Cambridge University Press.

Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D., y Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 503-511.

Zapardiel, A. (2016). *Estrés postraumático, depresión y ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/35880/>

Zisook, S., Devaul, R. A. y Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1590-1593

Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y. y Shuchter, S. R. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10(4), 157-163.

Zuinaga, S. (2011). El terrorismo, una aproximación teórica en cuanto a su definición. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 17(2), 11-26

ANEXOS

ANEXO 1. Lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (PCL-5)

(PTSD Checklist for DSM-5 © F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, P. A. Palmieri, B. P. Marx y P. P. Schnurr – National Center for PTSD, EE.UU, 2013. Adaptación española: J. Sanz, M. P. García-Vera, P. Altungy, B. Reguera, R. Navarro, C. Gesteira, N. Morán y J. M. Shultz – Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España, 2016).

<p>Describa el acontecimiento traumático (o muy estresante) que tendrá como referencia al completar el cuestionario (Especificar si el acontecimiento traumático coincide con la pérdida del ser querido):</p> <p>.....</p>	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener recuerdos del acontecimiento repetidos, no deseados y que provocan malestar?	A	B	C	D	E
2. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener sueños sobre el acontecimiento repetidos y que provocan malestar?	A	B	C	D	E
3. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado actuar o sentirse de repente como si el acontecimiento estuviese ocurriendo realmente de nuevo (como si en realidad volviera al acontecimiento reviviéndolo)?	A	B	C	D	E
4. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse muy mal cuando algo le recordaba el acontecimiento?	A	B	C	D	E
5. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener reacciones físicas cuando algo le recordaba el acontecimiento (por ejemplo, latidos fuertes del corazón, problemas para respirar, sudoración)?	A	B	C	D	E
6. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el acontecimiento?	A	B	C	D	E
7. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar recordatorios externos del acontecimiento (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que le recordasen el acontecimiento)?	A	B	C	D	E
8. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para recordar partes importantes del acontecimiento?	A	B	C	D	E

9. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener firmes creencias negativas sobre usted mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como “estoy mal”, “algo muy grave me pasa”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”?)	A	B	C	D	E
10. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado culparse o culpar a alguien por el acontecimiento o por lo que sucedió después del acontecimiento?	A	B	C	D	E
11. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	A	B	C	D	E
12. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado perder el interés en las actividades con las que solía disfrutar?	A	B	C	D	E
13. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse distante o alejado de los demás?	A	B	C	D	E
14. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentir felicidad o de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted)?	A	B	C	D	E
15. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener un comportamiento irritable o arrebatos de ira, o actuar agresivamente?	A	B	C	D	E
16. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado correr demasiados riesgos o hacer cosas que podían causarle daño?	A	B	C	D	E
17. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse “superalerta”, mantenerse vigilante o estar en guardia?	A	B	C	D	E
18. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado asustarse o sobresaltarse con facilidad?	A	B	C	D	E
19. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener dificultades para concentrarse?	A	B	C	D	E

20. En el último mes, ¿cuánto le ha molestado tener problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?	A	B	C	D	E
--	---	---	---	---	---

ANEXO 2. Inventario de duelo complicado

(IDC. Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... y Miller, M., 1995. Adaptación española: Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., y Prigerson, H. G., 2009).

		Siempre A	A Menudo B	Algunas veces C	Rara s veces D	Nunca E
1.	Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente					
2.	Los recuerdos de la persona que murió me trastornan					
3.	Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida					
4.	Anhelo a la persona que murió					
5.	Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida					
6.	No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte					
7.	No puedo creer que haya ocurrido					
8.	Me siento aturdido por lo sucedido					
9.	Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente					
10.	Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente y estoy distante de la gente a la que quiero					
11.	Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió					
12.	Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió					
13.	Siento que la vida está vacía sin la persona que murió					
14.	Escucho la voz de la persona fallecida hablándome					
15.	Veo a la persona que murió de pie delante de mí					
16.	Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto					

17.	Siento amargura por la muerte de esa persona					
18.	Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano					
19.	Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella ha muerto					

ANEXO 3. Entrevista clínica para la evaluación de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de población general

EDAD (Por favor, escríbala):

NACIONALIDAD (Por favor, escríbala):

Por favor, conteste a las siguientes preguntas en la hoja de lectura óptica Y rodeando con un círculo la letra de la contestación que considere en este cuadernillo.

1. SEXO:

- A. Hombre
- B. Mujer
- C. Otro

2. ESTADO CIVIL:

- A. Casado/a
- B. Viudo/a
- C. Divorciado/a
- D. Separado/a
- E. Soltero/a
- F. Conviviendo con pareja estable

3. SITUACIÓN LABORAL:

- A. Trabajando contratado
- B. Trabajando por cuenta propia
- C. En paro (búsqueda activa de empleo)
- D. Estudiante
- E. Estudiante y trabajador
- F. Ama/o de casa
- G. Jubilado

4. ESTUDIOS DE MÁS ALTO NIVEL QUE HA TERMINADO YA:

- A. Ninguno
- B. Primarios/ EGB/Secundaria/ESO/
- C. BUP/COU/Bachillerato actual.
- D. Formación profesional grado medio/superior
- E. Diplomatura universitaria/ Licenciatura universitaria/Grado universitario (Bolonia)
- F. Máster universitario/Postgrado universitario (Bolonia)
- G. Doctorado

PREGUNTAS SOBRE TRATAMIENTOS PREVIOS

¿Actualmente tiene algún trastorno mental diagnosticado por un/a profesional (psicólogo/a, psiquiatra o médico)? Si no le importa, indique qué trastorno.

Si no es así, ¿ha recibido tratamiento por problemas/dificultades psicológicas? Terapia psicológica y/o medicación. Si no le importa, indique por qué trastorno.

PREGUNTAS SOBRE COVID-19

¿Ha contraído la COVID-19? Si es así, ¿ha tenido que ser hospitalizado?

Si no la ha contraído, ¿tiene miedo de poder contagiarse?

1	25	50	75
100			

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante
Extremadamente			

¿Algún ser querido suyo ha contraído la COVID-19? Si es así, ¿ha tenido que ser hospitalizado?

¿Tiene miedo de que se contagie algún ser querido?

1	25	50	75
100			

Nada Un poco Moderadamente Bastante
Extremadamente

¿Ha sufrido el fallecimiento de algún ser querido debido a la COVID-19?

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL DUELO

NÚMERO DE SERES QUERIDOS FALLECIDOS:

Si son más de uno, elija aquel que le supuso una reacción más traumática, mayor impacto y afectación emocional. Conteste al resto del cuestionario centrándose en esa persona.

SEXO DE LA PERSONA FALLECIDA:

1. Varón
2. Mujer

EDAD DE LA PERSONA ELEGIDA CUANDO FALLECIÓ:

TIEMPO DESDE EL FALLECIMIENTO DEL SER QUERIDO (EN AÑOS):

GRADO DE PARENTESCO CON LA PERSONA FALLECIDA:

1. Padre/madre
2. Pareja
3. Hermano/hermana
4. Otros parentescos (especificar):

CAUSA DEL FALLECIMIENTO:

1. Enfermedad

2. Edad
3. Muerte súbita
4. Accidente
5. Violencia física
6. Otros (especificar)

EXPERIENCIA DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS Y ESTRESANTES

Desgraciadamente, a veces, a la gente le ocurren cosas que pueden ser consideradas como **traumáticas**, es decir, situaciones que amenazan la propia vida o la vida de otras personas, como las que les mostramos a continuación. **Señale y describa brevemente si en algún momento de su vida a Ud. le ha ocurrido alguna o algunas de estas experiencias traumáticas:**

	¿A quién le pasó? ¿A Ud., a un familiar (escriba su parentesco), a un amigo o vecino?	¿Cómo pasó?	¿Cuándo ocurrió? (mes y año aproximado)
Haber estado en una zona de guerra o con un conflicto armado siendo civil			
Ser refugiado de un país o una zona en guerra o con un conflicto armado			
Haber sufrido un atentado terrorista			
Haber sido secuestrado			
Haber tenido experiencia de combate			

Haber sido testigo de la muerte de una persona o de que una persona sufría heridas graves o descubrir un cadáver en una zona en guerra o con un conflicto armado			
Ver atrocidades en una zona en guerra o con un conflicto armado			

	¿A quién le pasó? ¿A Ud., a un familiar (escriba su parentesco), a un amigo	¿Cómo pasó?	¿Cuándo ocurrió? (mes y año aproximado)
En una zona en guerra o con un conflicto armado, causó <i>accidentalmente</i> muertes o lesiones			
En una zona en guerra o con un conflicto bélico, causó <i>deliberadamente</i> muertes o lesiones			
De niño vio peleas físicas en casa			
Sufrió abusó físico en la infancia			
Ha sido golpeado/a por su cónyuge o pareja			
Ha sido asaltado/a o amenazado/a con un arma			
Ha sido golpeado/a por otra persona que no sea su cónyuge o pareja			
Haber sido violado/a			

	¿A quién le pasó? ¿A Ud., a un familiar (escriba su parentesco), a un amigo	¿Cómo pasó?	¿Cuándo ocurrió? (mes y año aproximado)
Haber sido asaltado/a o agredido/a sexualmente			
Haber sufrido acoso sexual			
Haber sufrido un “acontecimiento privado” que no se quiere describir			
Haber sufrido un accidente potencialmente mortal en un			
Haber sufrido otro tipo de accidente potencialmente mortal (por ejemplo, de avión,			
Haber sufrido un desastre natural (por ejemplo, un terremoto, una riada, un incendio			
Haber sufrido otro desastre causado por el hombre (p.ej., exposición a tóxicos, incendio en el lugar de trabajo o en la vivienda)			
La muerte repentina de un ser querido			

	¿A quién le pasó? ¿A Ud., a un familiar (escriba su parentesco), a un amigo	¿Cómo pasó?	¿Cuándo ocurrió? (mes y año aproxi- mado)
La enfermedad potencialmente mortal de un niño			
Otro tipo de experiencia traumática que le haya ocurrido a			
Otro tipo de experiencia traumática que le haya ocurrido a un			

ATENCIÓN:

SI HA INDICADO UNO O VARIOS ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS, POR FAVOR, DIRÍJASE A LA SIGUIENTE PÁGINA.

SI CONSIDERA QUE NUNCA HA VIVIDO UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO, COMPLETE ESTA PÁGINA PRIMERO.

SOLO EN CASO DE NO HABER VIVIDO NINGUNA SITUACIÓN TRAUMÁTICA, por favor, indique a continuación cuál ha sido la situación de su vida que mayor malestar le ha provocado, la experiencia más estresante que haya vivido (por ejemplo, la muerte de un cónyuge o un familiar cercano, conflictos familiares, despido laboral, problema legal grave, enfermedad prolongada...) y téngala en cuenta al responder al resto de preguntas de este cuadernillo.

