UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Papel de la rumiación y la metacognición disfuncionales en el duelo complicado tras fallecimientos traumáticos y no traumáticos

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Adela Jiménez Prensa

DIRIGIDA POR

Jesús Sanz Fernández

© Adela Jiménez Prensa, 2024

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en Psicología

PAPEL DE LA RUMIACIÓN Y LA METACOGNICIÓN DISFUNCIONALES EN EL DUELO COMPLICADO TRAS FALLECIMIENTOS TRAUMÁTICOS Y NO TRAUMÁTICOS

TESIS DOCTORAL

Autora

Adela Jiménez Prensa

Director

Dr. Jesús Sanz Fernández

Agradecimientos

Echando la vista atrás, han pasado cerca de 6 años desde que este viaje empezó. Años de mucho trabajo, de renuncias, pero también y, sobre todo, de mucho crecimiento a todos los niveles. Años de ser valiente y perseverante para, día a día, continuar eligiendo seguir en este camino.

Y se dice que los viajes mejor compartidos, y yo no puedo estar más de acuerdo.

A Jesús y Mari Paz, por darme una oportunidad allá en 2017 y, desde entonces, continuar confiando en mí e impulsándome en tantas cosas. Realmente he aprendido muchísimo más de lo que podría haber imaginado, en el aspecto profesional pero también en el personal. Espero poder seguir haciéndolo durante mucho tiempo. Os estaré eternamente agradecida.

Creo que no es muy difícil escoger a las siguientes personas que quiero que aparezcan por estas páginas, porque al fin y al cabo son las personas que me han traído hasta aquí. A mi madre y a mi padre, porque desde que era un bebé generasteis en mi la curiosidad por el mundo, la curiosidad por aprender y por descubrir, por hacerme preguntas e intentar encontrar las respuestas, que unas veces llegan y otras no. Gracias infinitas por inculcarme esta forma de estar en el mundo y hacerme saber que en ese mundo siempre vais a estar a mi lado.

Luego aparece mi hermano. Gracias a ti por ayudarme a pensar, y por acompañarme siempre, sea desde donde sea, pero, sobre todo, por esforzarte en entenderme y en entender lo que hago.

Especial mención a mi equipo de la Complutense. Lolo, gracias por estar siempre ahí y hacer todo este camino más divertido. Andrea, tu calidez y disponibilidad

siempre me han hecho sentir una más. Pedro y Sara, vuestra ayuda desde la experiencia han sido un gran apoyo y guía para mí. Belén, tu fuerza innata ha sido lo que necesitaba en muchas ocasiones para continuar. Rober, gracias por ser una referencia y alguien con quien todo es sencillo. Sin olvidarme también de Ashley, Noe, Clara, Rocío, Ana, Bea y Arantxa, gracias por toda vuestra ayuda durante este tiempo y dejarme aprender de vosotras. Sin el esfuerzo y dedicación de todos y cada uno de vosotros, este trabajo no hubiese sido posible. Y, por suerte, esta etapa predoctoral en la Complutense también me ha hecho coincidir con Maider, gracias por todos los momentos compartidos, tan diversos y necesarios.

Gracias a la presencia, compañía y apoyo de muchísimas personas a lo largo de estos años. Sin ellos este camino hubiese sido más difícil y complejo de recorrer: a mis amigas Iza, Zahira, Cris, Elena, Chris, Naiara, Celia, Ana, Isa, Cris Garrido, Vicky, mi tío Luis, mi psicóloga Rebeca, mi gato Neko y mi equipo mandarina.

No me puedo olvidar de nombrar a Lieke, Deniz, Malú y Justina. Mi último descubrimiento en Países Bajos. Gracias por acogerme con los brazos abiertos y recordarme que todos tenemos muchas más similitudes que diferencias. Pero, sobre todo, gracias Lonneke, por confiar en mí y enseñarme tanto en tan poco tiempo.

Por último, agradecer a todas y cada una de las personas que han participado en esta investigación. Por compartir sus experiencias de duelo, ese camino tan difícil de transitar muchas veces, porque como decía el profesor John Archer «el duelo … es el coste que pagamos por ser capaces de amar de la forma en que lo hacemos».

Este trabajo de investigación ha sido en parte posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PGC2018-098387-B-I00, y a la financiación de la

Comunidad de Madrid y de la Unión Europea (Fondo Social Europeo, Programa Operativo de Empleo Juvenil y la Iniciativa de Empleo Juvenil: YEI), a través del contrato de investigadora predoctoral con referencia PEJD-2017-PRE/SAL-4208, así como a la ayuda al programa Erasmus + SMP, cofinanciado por la Unión Europea, concedidos ambos a la autora de la presente tesis doctoral.

ÍNDICE

RESUMEN 14

ABSTRACT 20

PARTE TEÓRICA 26

Capítulo 1. El proceso de duelo y el duelo complicado 28

1.1 Conceptualización del duelo 30

1.2. Teorías sobre el duelo 31

1.2.1. Modelos explicativos del duelo 31

1.2.2. Modelos descriptivos del duelo 34

1.2.3. Modelos integrativos del duelo 37

1.2.4. Modelo de proceso dual 38

1.2.5. Modelo cognitivo-conductual 39

1.3 El duelo normal 40

1.4 El duelo complicado 41

1.4.1. Criterios diagnósticos 43

1.4.2. Evaluación 59

1.4.3. Intervención 64

1.4.4. Comorbilidad 75

1.5 El duelo traumático 77

1.6 Potenciales consecuencias positivas 85

Capítulo 2. Trastorno de duelo prolongado, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático: constructos diferentes 90

2.1 Diagnóstico diferencial con el trastorno depresivo 100

mayor 100

2.2 Diagnóstico diferencial con el trastorno de estrés 102

postraumático 102

Capítulo 3. Duelo complicado tras fallecimientos, traumáticos y no traumáticos 106

3.1 Duelo complicado tras un fallecimiento no 108

traumático 108

3.1.1. Duelo complicado tras un fallecimiento no traumático 115

en población española 115

3.2 Duelo complicado después de un fallecimiento 119

traumático 119

3.2.1. Duelo complicado después de un fallecimiento traumático en la población española 126

Capítulo 4. Factores de riesgo del duelo complicado 131
4.1 Rumiación 135
4.1.1. Desarrollo conceptual de la rumiación 139
4.1.2. Rumiación como parte del duelo normal 148
4.1.3. Tipos de rumiación 150
4.2 Metacognición 153
4.2.1. El modelo metacognitivo 153
4.2.2. Tipos de creencias metacognitivas 159
4.3 Apoyo social 166
4.3.1. ¿Factor protector o factor de riesgo? 168
4.3.2. Apoyo social y rumiación 171
PARTE EMPÍRICA 175
Capítulo 5. Objetivos de la parte empírica 177
Capítulo 6. Estudio 1 183
6.1 Objetivo 187
6.2 Hipótesis 188
6.3 Método 189
6.3.1. Participantes 189
6.3.2. Variables e instrumentos 195
6.3.3. Procedimiento 201
6.3.4 Análisis estadístico 203
6.4 Resultados 206
6.5 Discusión 221
Capítulo 7. Estudio 2 231
7.1 Objetivo 235
7.2 Hipótesis 235
7.3 Método 236
7.3.1. Participantes 236
7.3.2 Variables e instrumentos 236
7.3.3 Procedimiento 238
7.3.4 Análisis estadístico 239
7.4 Resultados 240
7.5 Discusión 254
Capítulo 8. Estudio 3 261
8.1 Objetivo 265
8.2 Hipótesis 266

8.3 Método 266
8.3.1. Participantes 266
8.3.2. Variables e instrumentos 270
8.3.3. Procedimiento 272
8.3.4. Análisis estadístico 274
8.4 Resultados 276
8.5 Discusión 288
Capítulo 9. Discusión general de la parte empírica 300
Capítulo 10. Conclusiones 313
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 323
ANEXO 389

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Expertos en duelo y etapas o fases que asignan al proceso de duelo (Soriano, 2022) 35

Tabla 1.2. Criterios diagnósticos de distintas definiciones del duelo complicado como trastorno mental (Sanz et al., 2020, pp. 142-154) 45

Tabla 1.3. Criterios diagnósticos del trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5) y del trastorno de duelo prolongado (DSM- 5-TR). 57

Tabla 2.1. Estudios que han analizado el duelo complicado como constructo independiente de la depresión, la ansiedad o el TEPT (adaptado de Soriano, 2022). 95

Tabla 3.1. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento no traumático (ampliado de Soriano, 2022). 110

Tabla 3.2. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento no traumático en la población española (adaptado de Soriano, 2022). 116

Tabla 3.3. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento traumático (adaptado de Soriano, 2022). 121

Tabla 3.4. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento traumático en la población española. 129

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de los participantes del Estudio 1. 190

Tabla 6.2. Características en relación con el fallecimiento de su ser querido de los participantes del Estudio 1. 192

Tabla 6.3. Diferencias en las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado (independientemente de la causa de muerte). 208

Tabla 6.4. Diferencias entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado en sintomatología de duelo complicado, inadaptación, duelo complicado disfuncional y apoyo social. 211

Tabla 6.5. Diferencias entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado en rumiación sobre el duelo y sus factores. 212

Tabla 6.6. Diferencias entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado en metacognición y sus factores. 213

Tabla 6.7. Diferencias en las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático. 215

Tabla 6.8. Diferencias entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático en sintomatología de duelo complicado, inadaptación, duelo complicado disfuncional y apoyo social. 218

Tabla 6.9. Diferencias entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático en rumiación sobre el duelo y sus factores. 219

Tabla 6.10. Diferencias entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático en metacognición y sus factores. 220

Tabla 7.1. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional y en el que se incluyen las medidas totales de rumiación sobre el duelo y de metacognición. 242

Tabla 7.2. Resumen de los resultados del primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el que se incluyen, como predictores, las puntuaciones totales de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición. 245

Tabla 7.3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el que se incluyen los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 1)..... 248

Tabla 7.3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el que se incluyen los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 2)..... 250

Tabla 7.4. Resumen de los resultados del segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado disfuncional en que se incluyen, como predictores, los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición. 252

Tabla 8.1. Características sociodemográficas de los participantes del Estudio 3. 267

Tabla 8.2. Características en relación con el fallecimiento de su ser querido de los participantes del Estudio 3. 268

Tabla 8.3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen las medidas totales de rumiación sobre el duelo y de metacognición..... 277

Tabla 8.4. Resumen de los resultados del primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen, como predictores, las puntuaciones totales de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición. 279

Tabla 8.5. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen los tipos o factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 1)..... 283

Tabla 8.5. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen los tipos o factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 2)..... 285

Tabla 8.6. Resumen de los resultados del segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el T2 en el que se incluyen, como predictores, los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición. 286

Tabla 9.1. Resumen de los principales resultados significativos obtenidos en esta tesis doctoral sobre el papel de los factores cognitivos (rumiación sobre el duelo y metacognición), sociales (apoyo social) y relacionados con el fallecimiento (muerte traumática) en el duelo complicado. 303

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 6.1. Indicaciones para la selección de la muestra por parte de cada 203
estudiante que colaboró en el reclutamiento de la muestra del Estudio 1 en 2020. 203
Figura 6.2. Indicaciones para la selección de la muestra por parte de cada 203
estudiante que colaboró en el reclutamiento de la muestra del Estudio 1 en 2021. 203
Figura 8.1. Diagrama de flujo de los participantes y del procedimiento del Estudio 3 274

RESUMEN

Papel de la rumiación y la metacognición disfuncionales en el duelo complicado tras fallecimientos traumáticos y no traumáticos

Introducción. El duelo es una reacción natural y universal al fallecimiento de un ser querido caracterizada fundamentalmente por respuestas negativas emocionales, pero también cognitivas, fisiológicas, conductuales y sociales (Sanz et al., 2020). Estas respuestas pueden ser muy diversas y varían considerablemente entre personas y entre culturas, y algunas de estas variaciones están asociadas a malestar, disfuncionalidad, limitación o incapacidad en un grado de intensidad, frecuencia y/o duración que no parece ajustadas al contexto. Así, en las primeras semanas después del fallecimiento de un ser querido, la mayoría de las personas experimentan tristeza, ira, angustia por separación, pérdida de interés en actividades habituales y pensamientos intrusivos que, en muchos casos, por su disfuncionalidad, podrían considerarse síntomas psicológicos, un síndrome psicológico o incluso un trastorno psicológico (García-Vera y Sanz, 2016). Sin embargo, diversos estudios han demostrado que, con el tiempo, estos síntomas van disminuyendo a medida que se va integrando la aceptación de la muerte y sus consecuencias (Jordan y Litz, 2014; Shear, 2015), y solo una minoría seguirá experimentando este malestar (Prigerson et al., 1997, 2009). Entre los síntomas psicológicos más comunes se encuentran algunos que son similares a los que se engloban dentro de las categorías diagnósticas de trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad, pero también algunos que son específicos de la situación de duelo y que son etiquetados hoy en día como duelo complicado o como trastorno de duelo prolongado. Estos últimos síntomas son, por ejemplo, anhelo por la persona fallecida, entumecimiento emocional, sensación de que la vida no tiene sentido, desconfianza o

evitación de la realidad de la pérdida, y deben persistir durante al menos 6 o 12 meses después del fallecimiento (en función de los criterios diagnósticos utilizados) y estar asociados con un deterioro funcional para ser considerados como un trastorno psicológico (Prigerson et al., 2009).

Puesto que prácticamente todas las personas sufrirán a lo largo de su vida el fallecimiento de uno o varios seres queridos, pero solo alrededor de un 10 % de los dolientes mostrarán un trastorno de duelo complicado (Lundorff et al., 2017), cabría preguntarse qué factores hacen a unas personas más vulnerables a este trastorno.

Objetivo. Se decidió examinar, por un lado, si la rumiación y la metacognición disfuncional, ambos considerados factores cognitivos de vulnerabilidad a distintos trastornos emocionales y, por otro lado, el apoyo social, pueden desempeñar un papel importante como factores de desarrollo, mantenimiento o exacerbación del duelo complicado, evaluando a su vez si las circunstancias traumáticas del fallecimiento guardan también una relación con el duelo complicado.

Metodología. Se reclutó una muestra total de 480 adultos de la población general que habían sufrido la pérdida de un ser querido por circunstancias traumáticas y no traumáticas, a través de la técnica “bola de nieve” y, a partir de esta muestra, se llevaron a cabo tres estudios correlacionales relacionados.

Para el Estudio 1, se administró el Inventario de Duelo Complicado (IDC), la Escala de Inadaptación (EI), la Escala de Rumiación del Duelo de Utrecht (UGRS), el Cuestionario de Metacogniciones-30 (MCQ-30) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) a esos 480 dolientes de la población general, y se crearon, por un lado, dos grupos de dolientes en función de su sintomatología de duelo complicado, uno de duelo normal y otro de duelo complicado, y, por otro lado, otros dos grupos de

dolientes en función tanto de su sintomatología de duelo complicado como de las circunstancias del fallecimiento del ser querido: un grupo de duelo complicado traumático y otro de duelo complicado no traumático. Estos grupos se compararon mediante dos ANCOVA que incluían como covariables las variables de control en las que tales grupos diferían de forma estadísticamente significativa.

Para los Estudios 2 y 3, realizados con un diseño transversal y longitudinal, respectivamente, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple sobre una medida de duelo complicado disfuncional obtenida de las puntuaciones factoriales resultantes de realizar un análisis factorial de componentes principales sobre las medidas del IDC y de la EI con las siguientes variables predictoras de interés: rumiación sobre el duelo (y sus tipos o factores), metacognición (y sus tipos o factores), apoyo social y naturaleza traumática del fallecimiento, y, como variables de control, las características sociodemográficas del doliente y otras relacionadas con el fallecimiento (p. ej., años transcurridos desde el fallecimiento, parentesco del fallecido con el doliente, número de seres queridos fallecidos).

Resultados. Los resultados de los ANCOVA que comparaban el duelo normal con el duelo complicado (independientemente de las circunstancias de la muerte) revelaron que existían diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de rumiación sobre el duelo, así como en todos sus factores o tipos, y en la puntuación total de metacognición, así como en todos sus factores o tipos, excepto uno.

Los resultados de los ANCOVA que comparaban el duelo complicado traumático con el duelo complicado no traumático revelaron que únicamente existían diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de rumiación y solo en uno de sus factores o tipos, la rumiación contrafactual.

En el estudio transversal (Estudio 2), los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple revelaron que, controlando los efectos de las variables de control, el nivel global de rumiación sobre el duelo (y el de todos sus factores o tipos excepto uno), el nivel global de metacognición (y solo el de uno de sus factores o tipos, el referido a las creencias negativas sobre la preocupación) y el nivel de apoyo social estaban asociados significativamente con el duelo complicado disfuncional.

En el estudio longitudinal (Estudio 3), los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple revelaron que, controlando los efectos de las variables de control y el efecto del nivel inicial (T1) de duelo complicado disfuncional, el nivel global de rumiación sobre el duelo (y solo el nivel de uno de sus factores o tipos, el referido a la rumiación sobre la injusticia de la muerte) y el nivel de factor o tipo de metacognición referido a las creencias negativas sobre la preocupación estaban asociadas significativamente con el duelo complicado disfuncional medido 2,5 meses después (T2).

Conclusiones. Los hallazgos apuntan a que tanto la rumiación sobre el duelo como la metacognición disfuncional, aunque especialmente la primera, contribuyen a que un proceso natural como es el duelo tras el fallecimiento de una persona significativa se convierta en un proceso patológico, así como que no todos los tipos de rumiación sobre el duelo y metacognición tienen el mismo papel en este proceso.

Se extrae asimismo la conclusión de que, aunque la naturaleza traumática del fallecimiento puede suponer un mayor riesgo para el duelo complicado, no es un elemento que permita distinguir distintos tipos de duelo complicado, ya que el duelo complicado traumático (o duelo traumático) no se diferencia del duelo complicado no traumático ni en el nivel de sintomatología de duelo complicado, ni en el grado de interferencia que provoca dicha sintomatología ni, en general, en los niveles de

rumiación sobre el duelo, de metacognición o de apoyo social. Es más, la naturaleza traumática del fallecimiento no muestra ninguna relación ni transversal ni longitudinal con los síntomas de duelo complicado disfuncional una vez que se controlan los efectos de la rumiación sobre el duelo, la metacognición o el apoyo social.

Estos resultados son teórica y clínicamente relevantes porque subrayan la importancia para el duelo complicado de esos dos factores cognitivos (rumiación sobre el duelo y metacognición) y del apoyo social, así como la importancia de diferenciar diversas formas o tipos de esos dos factores cognitivos en la adaptación a la pérdida, lo que habría de tenerse en cuenta en el diseño de las intervenciones clínicas tanto a nivel de prevención como de tratamiento.

ABSTRACT

Role of dysfunctional rumination and metacognitive beliefs in complicated grief after traumatic and non-traumatic deaths

Introduction. Grief is a natural and universal reaction to the death of a loved one, characterized primarily by negative emotional responses, but also by cognitive, physiological, behavioral, and social responses (Sanz et al., 2020). These responses can be very diverse and vary considerably between individuals and cultures, and some of these variations are associated with discomfort, dysfunction, limitation, or disability in a degree of intensity, frequency, and/or duration that does not seem adjusted to the context. Thus, in the first weeks after the death of a loved one, most people experience sadness, anger, separation anxiety, loss of interest in usual activities, and intrusive thoughts that, in many cases, due to their dysfunction, could be considered psychological symptoms, a psychological syndrome or even a psychological disorder (García-Vera & Sanz, 2016). However, several studies have shown that, over time, these symptoms decrease as the acceptance of the death and its consequences is integrated (Jordan & Litz, 2014; Shear, 2015), and only a minority will continue to experience this discomfort (Prigerson et al., 1997, 2009). Some of the most common psychological symptoms are similar to those included in the diagnostic categories of major depressive disorder and anxiety disorders, while others are specific to grieving and are nowadays labeled as complicated grief or prolonged grief disorder. These latter symptoms are, for example, longing for the deceased, emotional numbness, feeling that life has no meaning, distrust, or avoidance of the reality of the loss, and should persist for at least 6 or 12 months after death (depending on the diagnostic criteria used) and be

associated with functional impairment to be considered as a psychological disorder (Prigerson et al., 2009).

Practically all people will experience the death of one or more loved ones throughout their lives, but only around 10 % of the bereaved will show complicated grief (Lundorff et al., 2017). This raises the question of what factors make some people more vulnerable to that disorder.

Aim. It was decided to examine, on the one hand, whether rumination and dysfunctional metacognition, both considered cognitive factors of vulnerability to different emotional disorders, and, on the other hand, social support, may play an important role in the development, maintenance, or exacerbation of complicated grief, assessing in turn whether the circumstances of death are also related to complicated grief.

Methodology. A total sample of 480 adults from the general population who had suffered the loss of a loved one due to traumatic and non-traumatic circumstances was recruited through the "snowball" technique, and, with this sample, three related correlational studies were conducted.

For Study 1, the Spanish version of the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Maladjustment Scale (EI), the Spanish translation of the Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS), the Spanish version of the Meta-cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30), and the Spanish version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS*)* were administered to the 480 participants. Two groups of mourners were created based on their complicated grief symptoms, one group for normal grief and the other for complicated grief, and other two groups of mourners were created according to both their complicated grief symptomatology and the circumstances of the death of the

loved one: one group for traumatic complicated grief and the other for non-traumatic complicated grief. These groups were compared using two ANCOVAs that included as covariates the control variables on which the groups differed in a statistically significant way.

For Studies 2 and 3, conducted with a cross-sectional and longitudinal design, respectively, multiple linear regression analyses were conducted on a measure of dysfunctional complicated grief obtained from factor scores resulting from performing a principal components factor analysis on the ICG and EI measures. These analyses included the following predictor variables of interest: grief rumination (and its types or factors), metacognition (and its types or factors), social support, and traumatic nature of the death, and, as control variables, they also included the sociodemographic characteristics of the bereaved and some characteristics related to the death of the loved one (e.g., years since death, relationship of the deceased to the bereaved, number of deceased loved ones).

Results. The results of the ANCOVAs comparing normal grief with complicated grief (regardless of the circumstances of the death) revealed statistically significant differences in the total grief rumination score (as well as in all its factors or types) and in the total metacognition score (and in all but one of its factors or types).

The results of the ANCOVAs that compared non-traumatic complicated grief with traumatic complicated grief revealed that there were statistically significant differences only in the total rumination score and only in one of its factors, counterfactual rumination.

In the cross-sectional study (Study 2), the results of the multiple linear regression analyses revealed that, controlling for the effects of the control variables, the

overall level of grief rumination (and that of all but one of its factors or types), the overall level of metacognition (and only that of one of its factors or types, the one referring to beliefs about worry), and the level of social support were significantly associated with dysfunctional complicated grief.

In the longitudinal study (Study 3), the results of the multiple linear regression analyses revealed that, controlling for the effects of the control variables and the effect of the initial level (T1) of dysfunctional complicated grief, the overall level of grief rumination (and only the level of one of its factors or types, the one referring to rumination about the unfairness of death), and the level of the metacognition factor or type referring to negative beliefs about worry were significantly associated with dysfunctional complicated grief measured 2,5 months later (T2).

Conclusions. The findings suggest that both grief rumination and dysfunctional metacognition, but especially the former, contribute to a natural process such as grief after the death of a loved one becoming a pathological process, and that not all types of grief rumination and metacognition play the same role in this process.

Another conclusion drawn from the study suggests that, although the traumatic nature of the death may pose a greater risk for complicated grief, it is not an element that allows distinguishing different types of complicated grief, since traumatic complicated grief (or traumatic grief) does not differ from non-traumatic complicated grief either in the level of complicated grief symptomatology, the degree of interference caused by such symptomatology or, in general, in the levels of grief rumination, metacognition or social support. Moreover, the traumatic nature of the bereavement shows no cross-sectional or longitudinal relationship with symptoms of dysfunctional complicated grief once the effects of grief rumination, metacognition, or social support are controlled for.

These findings are theoretically and clinically relevant because they underline the importance for complicated grief of these two cognitive factors (grief rumination and metacognition) and social support, as well as the importance of differentiating various forms or types of these two cognitive factors in adjustment to loss. Such distinctions should be taken into account in the design of clinical interventions at both the prevention and treatment levels.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1

El proceso de duelo y el duelo complicado

CAPÍTULO 1

EL PROCESO DE DUELO Y EL DUELO COMPLICADO

1.1 Conceptualización del duelo

Según la Real Academia de la Lengua Española, el término duelo muestra dos acepciones, procedentes de diferentes fuentes etimológicas. 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 alguien. Y la segunda, *duellum*, cuyo significado sería el combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío (Real Academia Española, 2014).

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 muchas ocasiones como duelo en castellano. En los años sesenta, Bowlby señalaba que *mourning* se refería al proceso psicológico desencadenado tras la pérdida, y *gief* a las manifestaciones subjetivas de pena y dolor que la acompañan. Este mismo autor define el duelo [*mourning*] 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 lo tanto, el duelo se podría definir como los procesos psicológicos de un individuo ante la pérdida de un ser querido y, especialmente, sus respuestas emocionales. En muchos casos, se trata de una reacción adaptativa. Aunque es un

evento vital común y universal, la experiencia de perder a un ser querido es uno de los sucesos más dolorosos y estresantes en la vida de una persona y tiene implicaciones tanto físicas como psicológicas y sociales (García-García et al., 2001).

1.2. Teorías sobre el duelo

Siguiendo la revisión de teorías y modelos del duelo llevada a cabo por Alonso-Llácer et al. (2019), se pueden dividir las teorías del duelo en tres tipos: explicativos, descriptivos en etapas/fases o tareas e integrativos de etapas/fases y tareas, a los que cabría añadir dos modelos más recientes e influyentes, el modelo dual y el modelo cognitivo-conductual, que ayudarán a contextualizar el trabajo llevado a cabo en esta tesis doctoral.

1.2.1. Modelos explicativos del duelo

– *Teoría psicoanalítica/psicodinámica.* Su autor más representativo fue Freud, que elaboró su primera teoría de duelo en su obra *Duelo y melancolía* (1967). Para él, todos tenemos pérdidas, todos nos afligimos, pero todos sobrevivimos. El duelo se consideraría una reacción normal a la pérdida de una persona amada. Por ello, defendió que no debía ser considerado como una condición mórbida que requiriese tratamiento médico. El proceso de duelo va acompañado por una retirada gradual de la libido o energía emocional del objeto amado perdido. Puesto que renunciar a esta unión es emocionalmente doloroso, los síntomas del duelo son entendidos como una negación inicial de la pérdida, la cual va habitualmente seguida por un periodo de

preocupación, en el que aparecen pensamientos sobre la persona que ha fallecido. En este momento, los recuerdos son recuperados y revisados, permitiendo así que el vínculo con la persona fallecida desaparezca gradualmente. Durante este periodo de *decathexis* (dejar ir), la persona pierde el interés por todo, no puede experimentar amor y le invade un sentimiento de desesperanza. El trabajo del duelo se da por finalizado cuando el individuo ha liberado emocionalmente la energía, siendo capaz de sentirse estimulado por nuevas relaciones y poder así sustituir el objeto amado. Pero si este proceso normal no ocurre es cuando los sentimientos negativos asociados a la pérdida se manifiestan en forma de autorreproche o culpa.

- *Teoría del apego.* Bowlby es el autor más importante, y propone su primer modelo sobre el duelo en 1961, nutriéndose del trabajo de Freud anteriormente mencionado y del de Lindemann (1944). Su teoría del apego afirma que existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos y que la ruptura de estos provoca ansiedad. Esta teoría hace hincapié en el vínculo creado entre la madre y el niño como factor principal para el desarrollo del mundo interno. De esta manera, un buen vínculo proporcionará al niño la confianza necesaria para establecer relaciones adecuadas y manejar situaciones complejas de la vida. En los años sesenta, Bowlby (1961) ya señaló que las reacciones de duelo dependen del tipo de apego desarrollado durante la infancia, pero no fue hasta 1980 cuando Bowlby aplicó su 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 sería una respuesta a la ruptura irreversible del vínculo de apego. El proceso de duelo implica la búsqueda de la persona perdida y, finalmente, este comportamiento se acaba extinguiendo debido a la repetición fallida por encontrarla. Bowlby (1980) consideraba que la adecuada resolución del duelo requiere renunciar al objetivo de

restablecer la proximidad física con la persona fallecida. Sin embargo, para Field y Filanosky (2009), esa renuncia no es equivalente al desapego. De hecho, se ha argumentado que en el duelo se puede establecer una proximidad psicológica y emocional con el fallecido como una base interiorizada segura, que de alguna forma provee una función de apego similar a la que proporcionaba la relación cuando la persona estaba viva (Field et al., 2005). Bowlby consideraba las respuestas del duelo en general adaptativas y valiosas para la supervivencia del doliente. Pero en su teoría hay dos tipos de duelo patológico: el duelo crónico y la ausencia prolongada de duelo (Rando, 1993).

- *Teoría cognitiva.* Esta teoría se basa en la idea general de que los pensamientos son los responsables de la emoción y la conducta, de forma que los problemas emocionales surgen principalmente cuando se hacen 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 se pueden tener para hacerle frente. Este proceso tiene consecuencias a nivel físico, provocando sobre todo un debilitamiento del sistema inmunitario.

- *Teoría funcional.* Esta perspectiva se centra especialmente en el papel de las emociones, entendiendo que en el duelo se experimentan emociones tanto desagradables como agradables, pero lo realmente importante es la expresión y regulación de todas ellas como mecanismo de procesamiento y minimización del dolor.

1.2.2. Modelos descriptivos del duelo

Bajo este epígrafe se encuadrarían los autores que han defendido el duelo como un proceso basado en la sucesión de etapas o fases o en la realización de tareas. En los modelos descriptivos del duelo basados en etapas o fases, el hecho de que el doliente pueda ir transitándolas progresivamente indicaría que la elaboración del duelo se estaría realizando de manera adecuada. Estos modelos de etapas y fases en el duelo han sido cuestionados por varios autores por su excesiva simplificación del proceso de duelo (Jacobs, 1993), por la falta de confirmación científica (Stroebe et al., 2017) o por el papel pasivo que los dolientes parecen tener en el proceso de duelo (Worden, 2013). Para solventar estas críticas, especialmente la última, aparecen un segundo tipo de modelos descriptivos centrados en las tareas que una persona ha de desempeñar en el proceso de duelo.

- *Etapas o fases.* Uno de los modelos más conocidos de este tipo es el de Kübler-Ross (2006). Según esta psiquiatra, 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 actualmente son poco aceptados como se decía anteriormente, ya que la literatura reciente entiende que no todos los dolientes tienen que pasar necesariamente por todas las etapas ni seguir esa secuencialidad.

  Hay muchos otros autores que también han dividido el proceso de duelo en diferentes etapas. A continuación, en la tabla 1.1, se muestra una adaptación cronológica realizada por Soriano (2022), de la revisión llevada a cabo por García (2016) sobre los modelos descriptivos del duelo basado en etapas o fases.

Tabla 1.1. Expertos en duelo y etapas o fases que asignan al proceso de duelo (Soriano, 2022)

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

Autores	Año	Etapas o fases
Martocchio	1985	1) Shock e incredulidad; 2) anhelo y protesta; 3) angustia, desorganización y desesperación; 4) identificación, y 5) reorganización y restitución
D'Angelico	1990	1) Shock/negación; 2) ira/depresión, y 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, y 5) reinvertir

- *Tareas.* Estos modelos tratan de solventar las críticas planteadas a los modelos descriptivos del duelo basados en etapas o fases. Los modelos de duelos basados en tareas asumen que el doliente tiene que llevar a cabo una serie de tareas durante el proceso de duelo, cambiando así el papel pasivo del doliente por un papel activo en su propio proceso. Dos de los autores más representativos en este enfoque son Neimeyer (2009) y Worden (2008). El primero, señala cinco tareas que el doliente debe llevar a cabo: 1) reconocer la realidad de la pérdida; 2) abrirse a experimentar el dolor; 3) revisar el propio mundo de significados; 4) reconstruir la relación con lo que se ha perdido, y 5) reinventarse a sí mismo. En el caso de Worden, éste señala cuatro tareas a realizar: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 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 variables mediadoras: la persona fallecida, la naturaleza del apego, circunstancias de la muerte, personalidad, historia previa, aspectos sociales y cambios recurrentes.

1.2.3. Modelos integrativos del duelo

Son modelos que integran los modelos de etapas/fases y los de tareas. Entre los modelos integrativos destacan los dos siguientes:

- *Modelo integrativo relacional.* En este modelo, propuesto por Payás (2010), se defiende que los dolientes pasan por diferentes fases en el proceso de duelo y, en cada una de esas fases, se llevan a cabo diferentes tareas. Las fases que propone son: choque, evitación-negación, conexión-integración y crecimiento-transformación. En la primera fase, la tarea principal sería manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida. En la fase de evitación-negación, la tarea principal consistiría en ir eliminando gradualmente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor. La tarea adaptativa de la tercera fase sería trabajar con los aspectos relacionales de la pérdida. Y, por último, la tarea principal de la etapa de crecimiento-transformación consistiría en sustituir creencias antiguas por nuevos esquemas cognitivos que incorporen el significado de la pérdida.

- *Modelo de las 6 R.* En este modelo integrativo, Rando (1988), describe tres fases, que engloban seis tareas. Las denominaciones de estas tareas empiezan por *r*, de ahí el nombre con el que se conoce al modelo. La primera fase sería de evitación, con la tarea de *r*econocer la pérdida; la segunda fase es de afrontamiento, con las tareas de *r*eaccionar a la separación, *r*ecordar y *r*eexperimentar al ser querido y la relación mantenida, y *r*enunciar al antiguo vínculo de apego con el ser querido y la forma de asumir el mundo anterior; y, por último, la tercera fase es de acomodación, que incluye las tareas de *r*eajustarse al nuevo mundo sin olvidar el antiguo y *r*einvertir la energía puesta en la relación en otras nuevas relaciones o intereses.

1.2.4. Modelo de proceso dual

Stroebe y Schut (1999) desarrollaron su modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo (*dual process model of coping*) a partir de la teoría cognitiva del estrés de Lazarus y Folkman (1986) y del modelo de afrontamiento bimodal del trauma de Horowitz (1986, 1993).

Según este modelo, en el proceso de duelo se dan dos tipos de mecanismos de afrontamiento: por un lado, los mecanismos orientados a la pérdida, cuya función es focalizar la atención en la confrontación y comprensión de la experiencia de pérdida, como, por ejemplo, recordar al fallecido, hablar de él, echarle de menos, y expresarse emocionalmente, y, por otro lado, los mecanismos orientados a la reconstrucción, cuyo foco de atención está fuera de la experiencia de pérdida, por ejemplo, a través de asumir las responsabilidades domésticas y laborales, establecer nuevas relaciones y llevar a cabo nuevas metas. Este último mecanismo implica cierto grado de no aceptación, que se considera adaptativo en la medida en que permite ir regulando el impacto emocional de la pérdida. Así, la evolución saludable del proceso de duelo se asociaría a la oscilación entre estos dos tipos de mecanismos de afrontamiento. El intervalo de dicha oscilación se suele ir ampliando con el paso del tiempo.

A diferencia de los modelos de fases, que afirman que la reorganización se da en la última etapa del duelo, en este modelo dinámico se considera que la reconstrucción tiene lugar a lo largo de todo el proceso, si bien es cierto que hay una tendencia progresiva hacia la reorganización. Además, la presencia única y continuada de cualquiera de estos dos tipos de mecanismos de afrontamiento constituiría un factor de riesgo para la complicación del duelo.

1.2.5. Modelo cognitivo-conductual

Basándose en la terapia cognitivo-conductual, Boelen et al. (2006b) proponen la existencia de factores que dificultan el proceso de duelo, facilitando la aparición del duelo complicado. Estos factores son los siguientes: 1) factores de vulnerabilidad individuales como creencias previas, estilos de afrontamiento, autoestima, apego, etc.; 2) características que rodean al evento, es decir, relación con el fallecido, causa de la muerte, etc., y 3) factores circunstanciales o ambientales, haciendo referencia a pérdidas secundarias u otros factores estresantes que rodean a la pérdida.

Desde este enfoque, dichos autores identifican una serie de procesos que mantendrían el proceso de duelo complicado y que serían los siguientes: 1) deficiente integración de la pérdida con respecto a sus creencias previas sobre sí mismo y el mundo; 2) creencias negativas posteriores al duelo e interpretaciones desadaptativas de las reacciones del proceso de duelo, y 3) estrategias de evitación de síntomas depresivos y ansiosos. Por último, este modelo propone una intervención basada en cuatro fases: 1) fase descriptiva, orientada a facilitar la integración de la pérdida; 2) fase explicativa, dirigida a identificar y cambiar las creencias desadaptativas; 3) fase resolutiva, en la que se trata de reducir las estrategias de evitación ante la depresión y la ansiedad, y 4) fase constructiva, en la que se trabaja para la creación de significados de la experiencia vivida.

1.3 El duelo normal

El fallecimiento de una persona cercana siempre supone una experiencia dolorosa. Las reacciones ocasionadas por el duelo pueden ir desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, pudiendo durar incluso toda la vida (Echeburúa y de Corral, 2001). Es una experiencia inevitable y universal (Granek, 2010), y una reacción adaptativa que nos permite asimilar una pérdida y readaptarnos a la vida diaria (Echeburúa y Herrán Boix, 2007). Las autoras Barreto y Soler (2007) también definen el duelo como un proceso "normal" en el que se experimenta sufrimiento por la pérdida de algo afectivamente relevante y donde el estado emocional que predomina es la pena o aflicción.

Varios estudios han demostrado que, en las primeras semanas tras el fallecimiento de una persona cercana, un porcentaje importante de individuos en duelo incluso cumplen con los criterios para trastornos psicológicos como el trastorno depresivo mayor (TDM) (21,90 %; Onrust y Cuijpers, 2006; Zisook et al., 1994), trastorno de estrés postraumático (TEPT) (11,80 %; Onrust y Cuijpers, 2006; Schut et al., 1991) y otros trastornos de ansiedad (Jacobs et al., 1990; Stroebe et al., 2007b). Sin embargo, la mayoría de los estudios mencionados que investigaron el impacto a largo plazo del duelo han demostrado que a medida que el tiempo avanza, la mayoría de las personas se recuperan de sus síntomas. Solo una minoría de individuos en duelo seguirá experimentando sufrimiento psicológico duradero después de la pérdida de otra persona significativa (Prigerson et al., 2009; Stroebe et al., 2007b).

Esto sugiere que la mera presencia de emociones intensas y otros síntomas poco después de una pérdida no indica alteración. Algunos teóricos (p. ej., Horowitz, 1986; Rachman, 1980) incluso han sugerido que tales síntomas son necesarios para el

procesamiento emocional del fallecimiento del ser querido, porque implican una confrontación con la realidad de la pérdida y, por lo tanto, facilitan la adaptación a la pérdida y su integración en los esquemas cognitivo-afectivos preexistentes.

Y, precisamente por ello, las respuestas de duelo se han excluido históricamente de la nosología diagnóstica debido a que se consideraban unas respuestas inevitables y naturales a un evento estresante y traumático (Prigerson et al., 2009).

1.4 El duelo complicado

Si bien la mayoría de las personas se adaptan al duelo sin intervención profesional, una minoría experimenta problemas de salud física y mental. Comúnmente, tras el fallecimiento de un ser querido, comienza el dolor emocional y, además, toda una serie de cambios cognitivos y de comportamiento que, a pesar de su universalidad, pueden sentirse y expresarse de manera diferente en función de factores individuales, culturales y sociales. En las culturas occidentales, las respuestas de duelo incluyen tristeza, anhedonia y cambios en el apetito. El duelo también se asocia con pensamientos intrusivos y persistentes asociados con la pérdida, a menudo con sentimientos de culpa, autorreproches e, incluso, ideación suicida (Eisma et al., 2013; Morina, 2011; Zetumer et al., 2015). Las consecuencias del duelo en la salud física incluyen respuestas inmunológicas desadaptativas, trastornos del sueño, problemas digestivos, mala adherencia a los tratamientos y una mayor mortalidad (Knowles et al., 2019; Lancel et al., 2020; Stroebe et al., 2007b). Se ha demostrado también que se asocia a un mayor riesgo de alteración del rendimiento cognitivo (Hall et al., 2014; Saavedra Pérez et al., 2015), de deterioro en el trabajo y en el funcionamiento social

(Boelen y Prigerson, 2007; Lannen et al., 2008; Prigerson et al., 1997; Silverman et al., 2000), de abuso de sustancias (Holland et al., 2006), y una menor probabilidad de buscar asistencia en los servicios de salud mental (Lichtenthal et al., 2011). Además, se asocia con cierta estigmatización (Johnson et al., 2009), lo que puede llevar a las personas con complicaciones en su duelo a alejarse de sus redes de apoyo social. Pueden incluso autoestigmatizarse ellos mismos porque no han logrado "seguir adelante" y "superar" la muerte (Breen y O'Connor, 2009). El duelo se asocia también con tomar más medicación y una mayor frecuencia de hospitalización (Bradbeer et al., 2003; Zisook et al., 1990). Y, por último, las consecuencias del duelo para la salud mental abarcan los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, TEPT y el duelo grave, persistente e incapacitante denominado duelo complicado o duelo prolongado (Zisook et al., 2014).

Las personas que sufren duelo complicado son individuos que tendrán dificultades para elaborar el duelo, siendo la tasa de prevalencia del duelo complicado en la población general de un 9,80 % (95 % CI 6.8 - 14.0) en un metaanálisis realizado por Lundorff et al. (2017), aunque es importante indicar que este dato de prevalencia incluye individuos que sufrieron una pérdida no violenta o no traumática, es decir, natural. Más adelante (en el capítulo 3) se abordará con mayor detalle esta cuestión.

Los autores de una revisión sistemática de predictores de complicaciones con el duelo (Lobb et al., 2010) argumentan que el estilo de apego (inseguro), los rasgos de personalidad (dependientes), la exposición al trauma (eventos de vida estresantes previos), un historial de problemas de salud mental, las pérdidas previas, la falta de preparación para la muerte y un parentesco más cercano son factores clave en el desarrollo del duelo complicado. Otros estudios indicaron que las personas con síntomas más graves de duelo complicado son con mayor frecuencia: 1) mujeres

(Kristensen et al., 2010); 2) más jóvenes; 3) con un menor nivel de educación (Burke y Neimeyer, 2013), y 4) que están afrontando múltiples pérdidas (Hengst et al., 2018). Además, las personas con síntomas más graves informan de mayores comportamientos de búsqueda de ayuda (Wijngaards-de Meij et al., 2005).

Sin embargo, la mayoría de las personas que experimentan duelo complicado no buscan apoyo ni tratamiento psicológico y, a menudo, no saben que están experimentando una forma patológica de duelo (Ellifritt et al., 2003; Lichtenthal et al., 2011). Pero las investigaciones han indicado que, una vez que son conscientes de que la sintomatología del duelo que están experimentando es una forma de duelo más complicada, más del 90 % se sienten aliviados y muestran interés en recibir tratamiento (Johnson et al., 2009).

1.4.1. Criterios diagnósticos

Actualmente no existe un acuerdo sólido en la literatura científica sobre el estatus conceptual del duelo complicado, para el cual se han propuesto muchos y diversos nombres: duelo ausente (Deutsch, 1937), duelo crónico (Lindemann, 1944), duelo neurótico (Wahl, 1970), duelo atípico (Jacobs y Douglas, 1979), duelo retrasado (Parker y Weiss, 1983), duelo distorsionado (Brown y Stoudemire, 1983), duelo no resuelto (Zisook y DeVaul, 1985), duelo anormal (Pasnau et al., 1987), duelo disfuncional (Rynearson, 1987), duelo intensificado y prolongado (Jacobs y Lieberman, 1987), duelo mórbido (Sireling et al., 1988), duelo complicado (Sanders, 1989), duelo desadaptativo (Reeves y Boersma, 1990) o duelo inhibido (Raphael et al., 1993). A estas acepciones tenemos que sumar los términos utilizados más recientemente: duelo complicado (Horowitz et al., 1997; Shear et al., 2011), duelo traumático (Jacobs et al.,

2000), trastorno de duelo complejo persistente (quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o DSM-5, de la American Psychiatric Association, 2013) y trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009; undécima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* o CIE-11, de la Organización Mundial de la Salud, 2018; texto revisado del DSM-5 o DSM-5-TR, de la American Psychiatric Association, 2022). En la tabla 1.2 aparecen recogidas, por orden cronológico, las definiciones más importantes del concepto de duelo complicado entendido como trastorno mental (Sanz et al., 2020), a excepción de la definición recogida en el DSM-5-TR, que se recoge y detalla más adelante (tabla 1.3).

En la tabla 1.2 no se incluye el primer criterio en todas las definiciones, que recoge que es necesario que haya ocurrido un fallecimiento, pero se procede a puntualizarlo en este momento:

- *Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997):* Criterio A. Duelo (pérdida de un cónyuge, otro pariente, o pareja íntima) al menos hace 14 meses (los 12 meses se excluyen por las posibles intensas interferencias como reacción al aniversario).
- *Duelo traumático (Jacobs et al., 2000):* Criterio A.1. La persona ha experimentado la muerte de alguien significativo.
- *Trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2008, 2009):* Criterio A. Duelo (muerte de una persona importante).
- *Duelo complicado (Shear et al., 2011):* Criterio A. La persona ha estado en duelo, es decir, ha experimentado la muerte de un ser querido, durante al menos hace 6 meses.
- *Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5; APA, 2013):* Criterio A. El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses (en niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).

Tabla 1.2. Criterios diagnósticos de distintas definiciones del duelo complicado como trastorno mental (Sanz et al., 2020, pp. 142-154)

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
B. 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
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
2. Rachas o punzadas fuertes de profunda emoción relacionadas con la relación perdida		B.2. Punzadas intensas de malestar de separación.	(…; sufrimiento físico o emocional como resultado de la deseada, pero incumplida, reunión con el difunto) …		

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
	… o búsqueda).			C. Al menos 2 de los siguientes síntomas [1 a 8] están presenten 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.	
				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.	4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
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. Al menos 2 de los siguientes síntomas [1 a 8] están presenten 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.	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).
	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.

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
	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.
4. Sentimientos de estar demasiado solo o personalmente vacío.	6. Sentir que la vida está vacía o no tiene sentido.	C.8. Sentir que la vida no le llena, está vacía y no tiene sentido desde la pérdida.	8. Sentir que la vida no le llena, está vacía o no tiene sentido desde la pérdida.	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.
	7. Dificultad en imaginarse una vida plena sin el fallecido.				
	8. Sentir que una parte de uno mismo ha muerto.	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).

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
	9. Una visión del mundo destrozada (p. ej., pérdida de la sensación de seguridad, confianza o control).	C.4. Incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida.	4. Incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida.	C.5. Dificultad persistente para confiar (…) en otras personas.	12. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
	10. Asumir síntomas o conductas perjudiciales de la persona fallecida o relacionadas con ella.			C.6. Experimentar frecuentemente dolor u otros síntomas que tenía la persona fallecida.	
	11. Excesiva irritabilidad, amargura o ira relacionada con la muerte.	C.5. Amargura e ira relacionadas con la pérdida.	5. Amargura o rabia relacionadas con la pérdida.	C.4. Sentimientos recurrentes de ira o amargura en relación con la muerte.	8. Amargura o rabia en relación con la pérdida.
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 rememorar de manera positiva al fallecido.
					9. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte (p. ej., autoinculparse).

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
				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.
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.					

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
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.
	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).	E. La alteración provoca deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento (p. ej., responsabilidades domésticas).	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.	D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
		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.	F. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático.		

Trastorno de duelo complicado (Horowitz et al., 1997)	**Duelo traumático** (Jacobs et al., 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)
				E. (…) el funcionamiento no se explica mejor como una respuesta culturalmente apropiada	E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad
					Especificador **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 mostradas en la tabla 1.2, se pueden identificar los siguientes diez síntomas prácticamente comunes a todas ellas:

1. Preocupación persistente y recuerdos intrusivos sobre el fallecido.
2. Anhelo/añoranza del fallecido.
3. Evitación de los recuerdos o recordatorios del fallecido.
4. Disminución del sentido de uno mismo.
5. Dificultad para aceptar la muerte o incredulidad/negación del fallecimiento.
6. Sentir que la vida está vacía o no tiene sentido sin esa persona.
7. Dificultad para confiar en los demás.
8. Amargura por la pérdida.
9. Ira/rabia con la muerte.
10. Dificultad en mantener los intereses anteriores al fallecimiento.

Pero a pesar de la universalidad del duelo y de tantos términos utilizados durante tantos años, no es hasta 1993 cuando Horowitz y su equipo de investigación desarrollan el primer conjunto de criterios diagnósticos para un trastorno mental relacionado con el duelo, denominado "patológico" (*pathological grief*) y luego "complicado" (*complicated grief*) (Horowitz et al., 1993, 1997). Originalmente conceptualizaron este tipo de duelo en línea con los síndromes de respuesta al estrés, ya que en respuesta a un evento (o eventos) traumático, las personas pueden experimentar preocupación intrusiva, evitación y emociones desagradables intensas, y por ello consideraron el duelo como reacción a un evento estresante de la vida.

Esto impulsó la investigación en el campo y desde esta introducción inicial y conceptualización, varios grupos de investigación han usado diferentes terminologías (patológico, traumático, prolongado, crónico, mórbido o complicado), conceptualizaciones teóricas, diferentes medidas de evaluación y diferentes criterios

diagnósticos para el trastorno de duelo (Wagner y Maercker, 2010). Con respecto a la terminología, además de duelo complicado, Prigerson et al. (1999a) utilizaron con frecuencia el término de "duelo traumático", ya que en su investigación descubrieron la importancia de incluir los síntomas centrales de angustia de separación y angustia traumática junto con las emociones desagradables asociadas. El término "duelo prolongado" se adoptó más tarde sobre "complicado" o "traumático", ya que se pensaba que, al proporcionar con el adjetivo de "prolongado" información clave sobre una característica importante del trastorno, a saber, la duración de los síntomas, era más fácil de definir y explicar, a la vez que se evitaba la confusión con el TEPT al no utilizar el adjetivo de "traumático" (Wagner y Maercker, 2010).

En 2009, Prigerson et al. realizaron la validación psicométrica de un algoritmo diagnóstico para el trastorno de duelo prolongado (TDP), concluyendo que cumplía con los criterios para su inclusión como un trastorno mental distinto dentro de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales, dado que era una condición clínicamente significativa asociada con una discapacidad (Prigerson et al., 2009). La validez predictiva y la distinción diagnóstica del TDP se fue confirmando sistemáticamente (Prigerson et al., 2009). Se ha encontrado que los síntomas de TDP son distintos de sus vecinos cercanos comórbidos, como depresión, TEPT y ansiedad por separación (Boelen at al., 2010; Boelen, 2013), utilizándose varios métodos estadísticos diferentes para confirmar su naturaleza distintiva, incluido el análisis factorial confirmatorio (Boelen et al., 2008), análisis de clases latentes (Boelen et al., 2016a) y el análisis de redes (Robinaugh at al., 2014). En el capítulo 2 se abordará más en detalle el diagnóstico diferencial del TDP y, en general del duelo complicado, con esos trastornos mentales.

Con estos resultados, se mostró la necesidad de incluir la categoría diagnóstica de TDP en las nuevas ediciones del DSM y de la CIE, ya que, anteriormente, se había determinado que las pruebas no eran suficientes para justificar su inclusión ni en el DSM-IV ni en la CIE-10, de manera que, aunque en estas dos clasificaciones diagnósticas se abordó la distinción entre el duelo "normal" y el TDM, no se reconoció que el duelo pudiera ser patológico. Sin embargo, diversos estudios ya iban demostrando en gran medida que existía una distinción entre un duelo "normal" y otro más prolongado o complicado, principalmente en la sintomatología, pero también en cuanto a su curso y, quizá a su etiología.

Más tarde, en 2011, Shear et al. retomaron el interés por la inclusión de la categoría diagnóstica de duelo complicado como una nueva categoría en el DSM-5 (Shear et al., 2011), y propusieron una serie de criterios diagnósticos para su inclusión como trastorno mental en las clasificaciones al uso con la ayuda de las investigaciones previas realizadas por estos grupos de investigación (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 2009).

Por lo tanto, toda esta creciente evidencia empírica ha ido demostrando la validez incremental del duelo complicado (Bonanno et al., 2007), haciendo que, en primer lugar, se incluyera una categoría diagnóstica denominada trastorno de duelo complejo persistente en la sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), sección donde se encuentran aquellas condiciones que requieren aun investigación adicional en estudios posteriores, y haciendo que, posteriormente, la CIE-11, publicada en 2018, fuera la primera clasificación líder que incluyó el TDP como una categoría diagnóstica psicopatológica que, además, es distinta de la depresión, no tiene subtipos y se entendería como un trastorno relacionado con el estrés (Killikelly y Maercker, 2017).

Sin embargo y hasta entonces, los investigadores y profesionales sanitarios ya habían utilizado diferentes criterios diagnósticos, diferentes instrumentos de evaluación y diversos tratamientos para el duelo complicado, ya que, aunque los criterios diagnósticos anteriores no se habían establecido y reconocido, las variantes patológicas del duelo eran, no obstante, una problemática habitual, tal y como se ha ido viendo. A pesar de todo, la inclusión del TDP en la CIE-11 ha supuesto un gran avance para que la atención se haya centrado en el desarrollo de instrumentos de evaluación y de tratamientos específicos para el TDP.

Es importante señalar que el número de fallecimientos en el mundo ha aumentado de forma considerable en los últimos cuatro años a partir de la pandemia de la COVID-19 ocasionada por el virus SARS-CoV-2 en 2020, así como, lógicamente, ha aumentado el número de dolientes. Así pues, es probable que en los últimos cuatro años también se haya incrementado la tasa de prevalencia del duelo complicado y, quizá, este sea uno de los motivos por los que, en 2022, la American Psychiatric Association haya presentado nuevos criterios diagnósticos para el duelo complicado en el texto revisado del DSM-5 o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) y que, además, en dicho DSM-5-TR, se haya movido este trastorno a la sección II, en la que se incluyen los trastornos psicológicos oficialmente reconocidos, de manera que el duelo complicado se considera un trastorno psicológico más y se denomina ahora “trastorno de duelo prolongado”, al igual que se denomina en la CIE-11. En la tabla 1.3, se muestran las diferencias en los criterios diagnósticos entre el TDP del DSM-5-TR y el trastorno de duelo complejo persistente del DSM-5, y, en negrita, se resaltan los síntomas comunes a ambas categorías diagnósticas.

Tabla 1.3. Criterios diagnósticos del trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5) y del trastorno de duelo prolongado (DSM- 5-TR).

Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5)	**Trastorno de duelo prolongado (DSM-5-TR)**
A. **El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses** (en niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).	A. **El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses** (en niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).
B. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos uno de los siguientes síntomas, casi diariamente o en un grado intenso o perturbador: **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**	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: **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)
C. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos 6 de los siguientes síntomas, casi diariamente o en un grado intenso o perturbador: **3. Dificultades marcadas para aceptar la muerte** **4. Aturdimiento** 5. Dificultad para evocar recuerdos positivos sobre el difunto 6. Tristeza o **ira** relacionadas con la pérdida 7. Evaluaciones desadaptativas sobre uno mismo en relación con el difunto o la muerte (p. ej., el sentimiento de culpa) **8. Evitación excesiva de los estímulos que recuerdan la realidad de la pérdida** 9. Deseo de morir para estar junto al difunto 10. Dificultad para confiar en otras personas desde la muerte	C. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos 3 de los siguientes síntomas en un grado clínicamente significativo, casi todos los días o con más frecuencia durante al menos el último mes: 1. **Alteración de la identidad** (p. ej., sentir que parte de uno mismo ha muerto) **2. Marcado sentido de incredulidad acerca de la muerte.** 3. **Evitación de recordatorios de que la persona está muerta** (en niños y adolescentes, puede caracterizarse poresfuerzos para evitar recordatorios) 4. **Dolor emocional intenso** (p. ej., ira, amargura, tristeza) relacionado con la muerte 5. **Dificultad con la reincorporación a la vida después de la**

Trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5)	**Trastorno de duelo prolongado (DSM-5-TR)**
11. 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 **12. Confusión sobre el propio papel en la vida o disminución del sentido de la propia identidad** **13. Dificultad o reticencia a perseguir intereses o a hacer planes para el futuro (p. ej., amistades o actividades) tras la pérdida**	**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.	**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.	**E. La duración y gravedad de la reacción de duelo excede claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo.**
	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.

Nota. Los síntomas comunes a ambas categorías diagnósticas se resaltan en negrita.

En conclusión, indistintamente del nombre empleado, parece que la mayoría de las denominaciones hacen referencia al mismo concepto, 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 cultural y socialmente esperable, y son, además, disfuncionales. Actualmente los nombres más empleados para este conjunto de reacciones son los siguientes: TDP (Prigerson et al., 2009), cuyos criterios aparecen en la CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2018) y en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), trastorno de duelo complejo persistente, definición incluida en la sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y duelo complicado, planteado por el grupo de Shear (2011), siendo este último nombre, por su elevada frecuencia de uso en la literatura y trabajos empíricos, el que se ha adoptado en esta tesis doctoral.

1.4.2. Evaluación

Para comenzar a desarrollar este apartado, nos hemos basado en la clasificación de Yi Yi (2015), investigadora que agrupa los instrumentos de evaluación del duelo en cuatro grandes grupos:

1. *Escalas de síntomas psiquiátricos*. Al ser instrumentos elaborados para evaluar grandes entidades nosológicas, no están específicamente construidos para la medición concreta del fenómeno del duelo. Se incluyen escalas como el Brief Symton Inventory (BSI), la Sypmtom Checklist (SCL-90) o el Beck Depression Inventory (BDI). Su principal ventaja está en sus reconocidas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, mientras que una desventaja importante es la evaluación del duelo solo desde el enfoque psicopatológico.

2. *Escalas generales de evaluación del proceso de duelo*. Dentro de esta categoría podemos encontrar, por ejemplo, el Texas Revised Inventory Grief (TRIG o ITRD en español), el Grief Experience Inventory (GEI), el Core Bereavement Items (CBI) o el Inventario de Duelo complicado (IDC en castellano e ICG, por sus siglas en inglés, Inventory of Complicated Grief). En estas escalas, la mayoría de los ítems se desarrollaron sobre la base de la literatura científica correspondiente y a partir de la experiencia clínica de los investigadores.

3. *Escalas especializadas en duelo*. Estos son instrumentos concretamente construidos para una determinada población, como el Grief Experience Questionnaire (GEQ) dirigido a personas en duelo por suicidio, el Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB) enfocado hacia el duelo por la pérdida de hermanos durante la infancia o adolescencia o la 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 poseen una gran validez y fiabilidad, especialmente las de reciente elaboración. Y otra de sus ventajas es la posibilidad de diagnóstico de población potencialmente en riesgo de complicaciones en proceso de duelo.

4. *Estudios cualitativos acerca del duelo*. Son una forma de acercarse a la persona en duelo utilizando entrevistas, diarios, observación y grabaciones que luego son codificados y analizados. Su principal ventaja es la de poder informar de las reacciones particulares de los individuos o grupos culturales ante las pérdidas. Pero su desventaja primordial consiste en la dificultad para obtener datos replicables que permitan demostrar la eficacia de determinadas intervenciones.

Por otro lado, Neimeyer et al. (2008) y Tomita y Kitamura (2012) realizaron una revisión de los principales instrumentos de evaluación del duelo complicado y destacaron los doce instrumentos siguientes, siendo algunos de ellos versiones revisadas o abreviadas de otros anteriormente publicados: Present Feeling about Loss (Singh y Raphael, 1981), Grief Experience Inventory (Sanders et al., 1985), Grief Measurement Scale (GMS; Jacobs et al., 1986; Prigerson et al., 1995a), Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995b), Inventory of Complicated Grief Revised (O'Connor et al., 2010), Core Bereavement Items (Burnett et al., 1997), Texas Inventory of Grief (Faschingbauer et al., 1977), Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer, 1981), Expanded Texas Inventory of Grief (Zisook et al., 1982), Inventory of Traumatic Grief (Prigerson y Jacobs, 2001), Hogan Grief Reaction Checklist (Hogan et al., 2001) y Grief Evaluation Measure (Jordan et al., 2005).

De todos los instrumentos arriba mencionados, el Inventario de Duelo Complicado (IDC) ha sido el más utilizado por la comunidad científica. Nuestro equipo de investigación realizó una búsqueda bibliográfica el 18 de abril de 2018 en la base de datos bibliográfica PsycInfo con los nombres de los instrumentos en el campo *Test and measures* y encontramos que en 386 publicaciones se había utilizado el IDC, número que duplicaba al del segundo instrumento de evaluación de duelo complicado más empleado según las publicaciones recogidas en PsycInfo, el Texas Revised Inventory of Grief, con 148 publicaciones (Sanz et al., 2020). Es más, hallamos entonces una diferencia aún más importante si comparábamos el IDC con el resto de los instrumentos que analizamos en Sanz et al. (2020), de manera que el número de publicaciones que utilizaban el IDC casi cuadriplicaba el número de publicaciones que utilizaban el tercer y cuarto instrumento, respectivamente, el Grief Experience Inventory, con 106 publicaciones, y el Hogan Grief Reaction Checklist, con 101 publicaciones.

Actualmente, parece que el IDC sigue gozando de la misma popularidad, ya que una búsqueda similar realizada el 9 de diciembre de 2023 resultó en 588 publicaciones en PsycInfo en las cuales se había utilizado el IDC, es decir, aproximadamente 200 publicaciones más en tan solo 5 años, desde 2018 a 2023. Quizá, uno de los motivos de la popularidad del IDC resida en que cubre la mayoría de los síntomas de las principales definiciones de duelo complicado: anhelo intenso y preocupación por el fallecido, distanciamiento de los demás, ira y amargura por la pérdida, shock e incredulidad, alucinaciones sobre el fallecido y cambio de comportamiento, incluyendo evitación o búsqueda de proximidad del fallecido. Esto se debe a que esta escala fue creada para centrarse en los síntomas característicos de duelo complicado y en la sintomatología asociada a los problemas de salud y a sus efectos en la salud mental. Además, también es uno de los principales instrumentos validados en castellano.

También recientemente, Treml et al. (2020) llevaron a cabo una revisión sistemática de los instrumentos existentes para la evaluación del duelo complicado, para lo cual realizaron una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsycInfo y Web of Science de publicaciones que informaban del desarrollo de tales instrumentos o que informaban del análisis de sus propiedades psicométricas. Treml et al. (2020) revisaron 2.215 publicaciones (solo en inglés), 29 de las cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad. A partir de los resultados de su revisión, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

1. Once instrumentos demostraron excelentes o buenos índices de fiabilidad y validez para medir el duelo complicado: el IDC, el NP complicated grief module for DSM-III-R-NP de la SCID (Entrevista Clínica Estructurada para el Diagnóstico de los Trastornos del Eje I), el Inventory of Traumatic Grief (ITG), el Brief Grief Questionnaire (BGQ), el Complicated Grief Questionnaire for People with

Intellectual Disabilities, la PG-13, el Persistent Complex Bereavement Inventory (PCBI), la SCI-CG for DSM-5, el Two-Track Bereavement Questionnaire for Complicated Grief (TTBQ-CG31), el Indicator of Bereavement Adaptation-Cruse Scotland (IBACS) y el Traumatic Grief Inventory Self-Report version (TGI-SR).

2. Tres de estos once instrumentos son entrevistas clínicas estructuradas, uno de ellos es un instrumento basado en la evaluación del cuidador y los restantes son cuestionarios de autoinforme.
3. Ningún instrumento evalúa completamente los criterios diagnósticos actuales para el TDP descritos en la CIE-11.
4. Tres de los instrumentos evalúan todos los criterios diagnósticos para el trastorno de duelo complejo persistente del DSM-5
5. Solo el TGI-SR proporciona un algoritmo diagnóstico adecuado y probado empíricamente para el diagnóstico del trastorno de duelo complejo persistente del DSM-5, pero ningún instrumento proporciona actualmente un algoritmo diagnóstico adecuado y probado empíricamente para el diagnóstico del TDP según la CIE-11.
6. El IDC, el instrumento que, como se verá más adelante, fue el utilizado en la parte empírica de esta tesis doctoral para medir el duelo complicado, es considerado por Treml et al. (2020) como una de las opciones más adecuadas para los investigadores y los clínicos que deseen evaluar la gravedad de los síntomas de TDP con una escala breve de autoinforme o que deseen realizar económicamente el cribado del TDP, aunque reconocen que tanto el IDC como todos los demás instrumentos requieren una mayor validación, especialmente en lo que respecta a sus puntuaciones de corte.

Por último, es importante señalar que, dada la gran influencia de los factores culturales en el desarrollo y mantenimiento del duelo y sus posibles complicaciones,

sería necesario la creación o adaptación de instrumentos que evalúen el duelo complicado de acuerdo con las diferentes culturas.

1.4.3. Intervención

La limitada conciencia y comprensión de los procesos de duelo y su sintomatología ha sido una barrera para el desarrollo y aplicación de intervenciones efectivas dentro del entorno clínico. Hasta ahora, los tratamientos han utilizado predominantemente elementos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y esto es en gran medida debido a las anteriores guías clínicas, que consideraban la patología del duelo en curso como depresión mayor (American Psychiatric Association, 2000), y la TCC ha sido el tratamiento basado en la evidencia de referencia para la depresión. Por lo tanto, los tratamientos no se basaban en una conceptualización clara de los mecanismos de mantenimiento específicos del duelo complicado.

Aunque la investigación ha cuestionado el discurso dominante de “elaborar” el duelo, y existe conciencia de que el duelo ocurre dentro de un contexto cultural y social que es único para cada individuo, todavía las terapias basadas en el trabajo de las etapas y en las teorías de tareas del duelo son aceptadas por muchos servicios de asistencia al duelo y respaldadas dentro de las intervenciones para el duelo complicado (p. ej., Breen, 2011; Breen et al., 2013; Breen y O'Connor, 2007; Payne et al., 2002; Wiles et al., 2002).

Es más, hasta hace unos 20-25 años aproximadamente, la mayoría de los estudios sobre intervención en duelo han sido descriptivos, con muestras muy reducidas y sin un diseño experimental adecuado al no poseer un grupo control, todo lo cual

suponía un déficit importante para llegar a conclusiones sólidas sobre las intervenciones eficaces para el duelo complicado (Gil-Juliá et al., 2008).

Los tres intentos más recientes de revisar sistemáticamente y evaluar cuantitativamente la literatura disponible se publicaron en 2008, 2011 y 2019, respectivamente (Currier et al., 2008; Wittouck et al., 2011, y Johanseen et al., 2019).

El primer metaanálisis, de Currier y su equipo (2008), incluyó un total de 61 estudios y mostró un efecto estadísticamente significativo pero pequeño del tratamiento sobre el duelo en la propia intervención, pero no logró encontrar un efecto en el seguimiento. Este metaanálisis incluyó estudios controlados aleatorizados y no aleatorizados. Además, se centraron en diferentes tipos de reacciones disfuncionales de duelo como criterios de valoración, como síntomas de depresión, síntomas de estrés postraumático o la propia sintomatología de duelo complicado.

Por el contrario, el segundo metaanálisis incluyó únicamente ensayos controlados aleatorizados, lo que arrojó un total de 14 estudios (con tratamientos per se e intervenciones preventivas) y definió los síntomas duelo complicado como los síntomas principales a estudiar (Wittouck et al., 2011), y reveló que los tratamientos per se para el duelo complicado estaban produciendo tamaños de efecto moderados después de la intervención, y tamaños del efecto grandes en el seguimiento, Sin embargo, no se encontraron efectos estadísticamente significativos en los tratamientos preventivos.

La última revisión sistemática y metaanálisis sobre intervenciones psicológicas para el duelo en adultos (Johannsen et al., 2019) incluyó también solo ensayos controlados aleatorizados, en este caso 31 ensayos, mostrando un efecto positivo y estadísticamente significativo, pero con un tamaño del efecto pequeño. Durante los seguimientos, el efecto continuó siendo estadísticamente significativo pero pequeño.

Esto nos lleva a tomar conciencia de que el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos efectivos y con base empírica para las formas complicadas de duelo comenzó de manera más sólida a principios del siglo XXI.

Desde que se publicó el primer metaanálisis comentado previamente (Currier et al., 2008), el desarrollo y el análisis de intervenciones específicas adaptadas al duelo complicado ha sido un campo en crecimiento (p. ej., Bryant et al., 2014; Kersting et al., 2013; Litz et al., 2014; Papa et al., 2013; Shear et al., 2014; véase la revisión sistemática de Sanz Molina et al., 2023), y la eficacia de las intervenciones se ha analizado en una variedad de modalidades, incluidos tratamientos individuales, a través internet y grupales.

– *Tratamiento individual.* Un estudio de intervención fue realizado por Shear et al. (2005) utilizando el modelo de proceso dual (Stroebe y Schut, 1999) como marco para modificar la psicoterapia interpersonal para la depresión y convertirla en un tratamiento específico para el duelo complicado que se enfocaba en los síntomas depresivos (p. ej., tristeza, culpa y aislamiento social) y el trauma (incredulidad, imágenes intrusivas y conductas de evitación) y que utilizaba técnicas y estrategias cognitivas, cognitivo-conductuales e interpersonales. Se encontraron mayores mejoras con el tratamiento específico para el duelo complicado en comparación con la psicoterapia interpersonal, lo que confirmó la necesidad de intervenciones dirigidas específicamente a la sintomatología del duelo complicado.

  Además, Boelen et al. (2007) analizaron la eficacia de un programa de TCC basado en reestructuración cognitiva y exposición en comparación con sesiones de consejo psicológico (o asesoramiento) de apoyo, es decir, en comparación con un tratamiento que trataba de facilitar un ajuste óptimo. Los resultados revelaron que ambos componentes del programa de TCC fueron significativamente más efectivos

que el consejo psicológico de apoyo para reducir la sintomatología de duelo complicado. Además, se descubrió que la exposición era más beneficiosa que la reestructuración cognitiva, con una mayor tasa de abandono durante las sesiones de reestructuración cognitiva.

En un ensayo no controlado de activación conductual y terapia de exposición realizado por Acierno et al. (2012) con veintiséis dolientes se demostró que se podían lograr reducciones significativas en la sintomatología de duelo complicado en cinco sesiones (tres con un terapeuta y dos por teléfono). El tratamiento constaba de psicoeducación y fomento de la participación diaria en actividades dirigidas a la restauración y la pérdida.

De manera similar, Papá et al. (2013) analizaron la eficacia para el duelo complicado de doce a catorce sesiones de activación conductual centradas exclusivamente en actividades de restauración (identificación y sustitución de rumiación/anhelo y evitación con comportamientos alternativos). Se encontró que la intervención redujo el duelo complicado, la depresión y la sintomatología del TEPT de manera efectiva.

Un ensayo clínico aleatorizado sobre la terapia específica para el duelo complicado desarrollada por Shear et al. (2005) logró grandes reducciones significativas en la sintomatología de duelo complicado en personas mayores (Shear et al., 2014). Además, Rosner et al. (2014) encontraron una mejora clínicamente significativa (d = 1,65; 42 % de los participantes recuperados) de un programa de TCC integradora de 20-25 sesiones para duelo complicado. El protocolo constaba de sesiones de motivación, relajación y reestructuración de pensamientos disfuncionales y abordaje de la restauración y la continuidad de vínculos. Sin embargo, el tratamiento tardó

entre nueve y once meses en completarse para la mayoría de los participantes y tuvo una tasa de deserción del 21 %.

Por lo tanto, los hallazgos de casi todos estos estudios brindan apoyo a la eficacia de los programas de tratamiento para el duelo complicado administrados en formato individual.

– *Tratamiento a través de internet*. Las intervenciones proporcionadas a través de internet también han producido mejoras significativas en el duelo complicado. Por ejemplo, Wagner et al. (2006) probaron un tratamiento de TCC que se aplicó por internet utilizando el correo electrónico como medio exclusivo para la comunicación entre paciente y terapeuta y asignando al paciente dos tareas semanales de 45 minutos que implicaban escribir unos textos según unas indicaciones que reflejaban los componentes terapéuticos del tratamiento. Los participantes fueron asignados al azar al tratamiento (n = 29) o una condición de lista de espera (n = 26). El tratamiento de TCC, que duró cinco semanas, comprendía tres componentes terapéuticos: exposición, reestructuración cognitiva e integración y restauración, y produjo una mayor reducción en la sintomatología de duelo complicado que la condición de lista de espera.

  Por otro lado, una intervención de TCC por internet asistida por un terapeuta, de dieciocho sesiones, llamada HEAL y que se centraba en la psicoeducación del duelo, el autocuidado, las actividades agradables y el establecimiento de objetivos, mostró reducciones significativas en el duelo complicado en comparación con la condición control de lista de espera (Litz et al., 2014), lo que podría indicar que la exposición y la reestructuración cognitiva pueden no ser componentes terapéuticos clave imprescindibles. Los autores argumentaron que este tipo de terapia puede ser beneficiosa y rentable, ya que es principalmente autoguiada.

Otro estudio que exploró la cuestión de qué componente terapéutico es clave en las intervenciones de TCC por internet para el duelo complicado fue el estudio de Eisma et al. (2015a). En este estudio se aplicó por internet un tratamiento de seis a ocho semanas, guiado por un terapeuta, y se comparó la exposición pura (*n* = 18; 33 % de deserción) con la activación conductual pura (*n* = 17; 59 % de deserción) y una condición control de lista de espera (*n* = 12; 17 % de deserción). Los hallazgos indicaron que la exposición produjo mejores resultados que la activación conductual. Sin embargo, las dos intervenciones fueron comparables en la reducción de la sintomatología de duelo sin que ambas implicaran una reestructuración directa de los pensamientos inadaptados.

- *Tratamiento grupal*. La eficacia de las intervenciones grupales adaptadas al duelo complicado también se ha ido demostrando en ensayos aleatorizados. Rosner et al. (2011) examinaron el efecto de un programa de TCC de nueve sesiones con pacientes hospitalizados. El programa comprendía psicoeducación, reestructuración cognitiva, cambio motivacional, desarrollo de nuevas perspectivas y una sesión individual de exposición escrita al "peor" momento de la pérdida. Se encontraron grandes reducciones en el duelo complicado después del tratamiento en comparación con el grupo de tratamiento habitual.

  Dos intervenciones grupales derivadas del tratamiento específico para el duelo complicado de Shear et al. (2005) respaldaron aún más la eficacia de este tratamiento para la sintomatología del duelo complicado (Maccallum y Bryant, 2011; Supiano y Luptak, 2014). En el ensayo no controlado de diez semanas realizado por Maccallum y Bryant (2011), se encontró que las reducciones en la sintomatología del duelo complicado se asociaron con una mayor recuperación de recuerdos positivos del difunto. Y en el estudio de Supiano y Luptak (2014), nueve

personas recibieron dieciséis sesiones del tratamiento de Shear et al (2005) en comparación con ocho personas que recibieron el tratamiento habitual. El primero produjo mayores reducciones en el duelo complicado. Sin embargo, algunas personas encontraron difícil la participación en el grupo debido a la angustia provocada por las autorrevelaciones y el compartir su dolor con otros, lo que puede haber contribuido a una tasa de deserción del 25 %.

Un estudio más reciente de Bryant et al. (2014) encontró que la terapia de exposición era más efectiva que la terapia cognitiva sola en un programa grupal de TCC de diez semanas que incluía cuatro semanas de exposición individual. La TCC comprendía psicoeducación, técnicas para facilitar recuerdos positivos y nuevas metas y cartas escritas al fallecido para apoyar la reestructuración cognitiva y la resolución de conflictos. Los participantes también fueron asignados al azar a cuatro sesiones individuales de una hora de terapia de exposición o de asesoramiento de apoyo. La TCC con exposición (n = 41; 24 % de deserción) produjo mayores reducciones en la sintomatología de duelo complicado, depresión, valoraciones negativas y deterioro funcional que la TCC (n = 39; 23 % de deserción). Se argumentó que la exposición facilitó las respuestas emocionales requeridas para permitir que la pérdida se procesara de manera efectiva. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio sugieren que la forma en que se procesan los pensamientos, las imágenes y las emociones puede ser más fundamental para reducir el duelo complicado que abordar el contenido de los pensamientos.

Otro estudio realmente reciente (Lacasta y Cruzado, 2023) demostró, mediante un ensayo controlado aleatorizado, la efectividad de la TCC grupal para el duelo complicado en personas que habían perdido a un familiar debido a un cáncer, en comparación con una intervención grupal basada en la psicoeducación y la

expresión emocional. Los dolientes que habían recibido TCC grupal mejoraron significativamente en su sintomatología de duelo complicado, depresión, ansiedad y desesperanza, manteniéndose esta mejoría en los seguimientos a 6 y 12 meses, frente al grupo que había recibido una intervención únicamente basada en la psicoeducación y la expresión emocional.

Pese a esto, es importante destacar que el metaanálisis de Johannsen et al. (2019) encontró que las intervenciones en formato individual tuvieron generalmente un mayor efecto que las intervenciones grupales, en contraposición con sugerencias anteriores de que el formato grupal puede ser particularmente beneficioso en la terapia del duelo para adultos que están atravesando un duelo, principalmente en términos de brindar apoyo social (Supiano y Luptak, 2014; Yalom y Leszcz, 2005).

Los estudios anteriores destacan la eficacia y la importancia de utilizar intervenciones específicas para el duelo complicado. Sin embargo, un gran porcentaje de personas no logra la recuperación clínica, lo que puede sugerir que aún se desconoce el componente específico más necesario para que ocurra el cambio clínico (Breen et al., 2017; Doering y Eisma, 2016).

Hasta ahora, las terapias para el duelo complicado se han basado predominantemente en el modelo cognitivo conductual, que conceptualiza su desarrollo y mantenimiento de acuerdo con tres factores: malas interpretaciones y creencias negativas problemáticas sobre el duelo, deterioro de la integración de la pérdida en la memoria autobiográfica, y evitación (Boelen et al., 2006b). Como tal, los componentes clave de los tratamientos cognitivo-conductuales para el duelo complicado han incluido la reestructuración del contenido de los pensamientos desadaptativos, la activación conductual y la terapia de exposición. De hecho, muchas intervenciones involucran programas complejos que comprenden varios componentes, y se sabe poco acerca de

cuáles de estos son efectivos o los mecanismos de cambio (Breen et al., 2017; Doering y Eisma, 2016).

La terapia de exposición para el duelo complicado implica el recuerdo repetitivo del momento de la muerte para contrarrestar la evitación cognitiva de la pérdida y restaurar las lagunas en la memoria autobiográfica (Boelen et al., 2006b). Sin embargo, la justificación para utilizar la exposición centrada en el momento de la muerte no está clara, ya que puede no ser el recuerdo más angustioso para las personas en duelo (Jordan y Litz, 2014), y el estar en un duelo complicado implica la activación en respuesta a los recuerdos de la pérdida y sus consecuencias, en lugar de los recuerdos temidos (Stroebe et al., 2008). Esto concuerda con que, aunque generalmente se ha demostrado que los pacientes mejoran con la exposición, en un gran número de personas solo se ha mostrado que esta mejora es parcial o directamente no responden a ésta (ver Sherman, 1998).

Además, se ha demostrado que centrarse únicamente en los problemas de la pérdida dificulta la oscilación entre la pérdida y la restauración necesaria para hacer frente de forma eficaz a un duelo complicado (Stroebe y Schut, 1999). Por lo tanto, la efectividad del tratamiento puede verse comprometida en intervenciones que se enfocan repetidamente en los eventos que rodean la muerte. Esto fue respaldado por el estudio de Johnsen et al. (2012).

Por lo tanto, para ayudar a aquellas personas que experimentan duelo complicado a integrar de manera efectiva la pérdida en sus vidas, es importante que se exploren nuevos tratamientos, y que se aborden todos los factores de mantenimiento involucrados (Doering y Eisma, 2016).

Uno de estos intentos parte del modelo metacognitivo de los trastornos emocionales, que sugiere que la modificación del síndrome atencional cognitivo (CAS, por sus siglas en inglés, *Cognitive-Attentional Syndrome*; Wells y Matthews, 1994) puede ser esencial para mejorar el duelo complicado. El CAS es un estilo de pensamiento disfuncional que intensifica y prolonga el malestar emocional. El CAS tiene tres componentes: pensamiento negativo repetitivo, monitorización de amenazas y comportamientos de afrontamiento desadaptativos (p. ej., supresión del pensamiento, abuso de sustancias, evitación).

Y del modelo metacognitivo nace la Terapia Metacognitiva (TMC), que se enfoca en las metacogniciones, es decir, la capacidad de pensar sobre el pensamiento (Wells y Matthews, 1994). La TMC se considera parte de la tercera ola de TCC que también incluye terapias basadas en atención plena y la terapia de aceptación y compromiso. Estas terapias comparten un enfoque en el proceso del pensamiento más que en el contenido de los pensamientos. Por ello, la TMC se enfoca en las creencias (reglas) metacognitivas que impulsan el uso de estrategias de afrontamiento inflexibles mediante el uso de técnicas como la atención plena, la defusión cognitiva y el entrenamiento de la atención para ayudar a las personas a verse a sí mismas separadas de sus pensamientos, emociones, creencias y recuerdos, y cambiar el enfoque del pensamiento negativo repetitivo a las actividades diarias (Wells, 2005).

Por lo tanto, este enfoque no modifica las cogniciones ni los recuerdos del fallecido, sino las creencias metacognitivas que impulsan procesos de afrontamiento desadaptativos que mantienen la atención centrada exclusivamente en información angustiosa (p. ej., la relación perdida, la incertidumbre del futuro, los factores estresantes financieros que hay que enfrentar, el control de amenazas). Por lo tanto, la TMC altera el CAS al ayudar a las personas a reconocer y regular los pensamientos

negativos repetitivos y modificar los comportamientos derivados del CAS, como los rituales que la persona se siente obligada a hacer o los comportamientos de evitación (p. ej., tratar de alejar pensamientos específicos). La TMC implementa estrategias para lidiar con los pensamientos intrusivos, lo que permite a las personas dejar de lado el CAS (p. ej., preocupación, monitoreo de amenazas y comportamientos inadaptados como compulsiones/rituales) interrumpiendo el pensamiento negativo repetitivo y ayudando a las personas a desarrollar un estilo de pensamiento flexible y no repetitivo. La aplicación de esta terapia podría potencialmente ayudar a las personas a cambiar el enfoque entre los dominios de pérdida y restauración. La capacidad de concentrarse en un dominio podría aliviar el malestar relacionado con el otro dominio, lo que le permitiría al individuo adaptarse a la pérdida gradualmente (Wells, 2009).

La muerte de un ser querido comprende muchos pensamientos realistas que involucran los eventos que rodearon la muerte, el *shock* de que el ser querido no regresará y los estresantes sociales o financieros que ahora se enfrentan, entre otros. Por lo tanto, las intervenciones basadas en el modelo metacognitivo parecen prometedoras al parecer ser más adecuada para el duelo complicado ya que, en lugar de centrarse repetitivamente en el contenido de los pensamientos, el enfoque metacognitivo se enfoca en la capacidad de regular y procesar esos pensamientos, es decir, pasar del qué se piensa al cómo se procesa lo que se piensa Y en esta dirección prometedora parecen apuntar los resultados de un ensayo controlado aleatorizado de Wenn et al. (2019b) sobre una terapia grupal de TMC para el duelo complicado y en el cual se consiguieron reducciones significativas del malestar psicológico de los dolientes, así como promover su calidad de vida.

1.4.4. Comorbilidad

La literatura científica ha mostrado la comorbilidad entre el duelo complicado y otros trastornos emocionales, especialmente con aquellos relacionados con el estrés o la adicción a sustancias (Marques et al., 2013; Moayedoddin y Markowitz, 2015; Parisi et al., 2019). Ya se ha visto que el duelo complicado se superpone en algunos síntomas con la depresión (p. ej., incapacidad de experimentar un estado de ánimo positivo o sentimientos de culpa) y el TEPT (p. ej., síntomas de reexperimentación y evitación) (Heeke et al., 2019; Komischke-Konnerup et al., 2021; O'Connor et al., 2010), pese a ser trastornos distinguibles (Lenferink et al., 2018). Por lo tanto, en las personas en duelo que buscan tratamiento por reacciones de duelo clínicamente relevantes, éstas reacciones pueden ir acompañadas, sobre todo, de depresión y TEPT comórbidos (Ehlers, 2006; Lichtenthal et al., 2004; Simon et al., 2007).

Por ejemplo, un estudio con familiares de pacientes que habían fallecido después de estar en la UCI mostró que los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT son muy estables durante los dos primeros años de duelo (Wen et al., 2023).

Alonso-Llácer et al. (2020) llevaron a cabo un análisis descriptivo con veintiséis dolientes, concluyendo que un gran porcentaje (85,70 %) mostraban indicadores de duelo complicado, acompañado de una gran presencia de síntomas ansiosos (81,80 %) y depresivos (77,20 %), y el 59,10 % de los dolientes también presentaba sintomatología ansioso-depresiva significativa de manera comórbida con el duelo complicado.

Y, por último, Heeke et al. (2023) han llevado a cabo una revisión sistemática sobre investigaciones que han utilizado análisis de clases latentes para clasificar subgrupos según los síntomas de duelo complicado, depresión o TEPT. Su primer hallazgo principal fue que casi todos los estudios encontraron una clase resiliente (es

decir, sintomatología baja en varios síndromes) y otra clase de síntomas combinados (es decir, sintomatología media a alta en varios síndromes). Esto indica que los perfiles de los dolientes diferían en cuanto a la gravedad de los síntomas. En promedio, la clase "resiliente" era la que implicaba una proporción más alta de dolientes (35 %) y la clase de "síntomas combinados" la que implicaba una proporción más baja (31 %). Por lo tanto, el patrón de respuesta que implica síntomas bajos fue a menudo la respuesta normal a la pérdida, aunque hubo una heterogeneidad considerable entre los estudios. Esto se alinea con las respuestas más frecuentes después de la exposición a otros posibles eventos traumáticos. Por ejemplo, una revisión sistemática de las trayectorias longitudinales de las respuestas relacionadas con el trauma a los principales factores estresantes de la vida y al trauma potencial indicó que la mayoría de las personas no desarrollan un malestar duradero (Galatzer-Levy et al., 2018). Por otra parte, fueron menos comunes las clases caracterizadas solo por TEPT o depresión, lo que significa que después de una pérdida, podría ser más bien una excepción que las personas desarrollen síntomas relacionadas con la depresión o el TEPT sin también tener síntomas comórbidos de duelo complicado. Esto se alinea con la investigación que examina las asociaciones recíprocas entre duelo complicado, TEPT y depresión, y que muestra que los aumentos en los niveles de duelo complicado preceden a los cambios en los niveles de TEPT y depresión, y no al revés (Djelantik et al., 2018; Lenferink et al., 2019; O'Connor et al., 2015). Por último, dos estudios también investigaron un aspecto positivo de la salud mental junto con el duelo complicado, el crecimiento postraumático (Kokou-Kpolou et al., 2021; Zhou et al., 2018). Ambos estudios encontraron clases comparables, incluida una clase marcada por la presencia de síntomas de duelo complicado y crecimiento postraumático. Estos resultados indicaban que el malestar psicológico relacionado con el duelo y la experiencia de cambios positivos en la vida

después de una pérdida pueden ocurrir al mismo tiempo y no son mutuamente excluyentes.

1.5 El duelo traumático

La literatura científica muestra que las personas que enfrentan una pérdida potencialmente traumática, es decir, muertes violentas, repentinas o súbitas (homicidio, suicidio, accidentes, desastre natural, atentado terrorista o guerras; Rynearson, 2006) son particularmente susceptibles a niveles elevados de psicopatología tras la pérdida, incluido niveles elevados de duelo complicado, cinco o diez-doce años después del fallecimiento del familiar, que tras un fallecimiento ocurrido por vejez o enfermedad, es decir, un fallecimiento natural (Kristensen et al., 2012; Burke y Neimeyer, 2013; Cardoso et al., 2017; Lobb et al., 2010; Nakajima et al., 2012). Se sabe que la exposición a una muerte violenta y/o inesperada es un factor de riesgo importante para el duelo complicado (Burke y Neimeyer, 2013) y el TEPT comórbido (Djelantik et al., 2017), y es el evento más comúnmente informado que puede dar lugar al TEPT (Benjet et al., 2016).

Rando (1993) considera traumáticas los siguientes tipos de muertes:

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 entendidas como innecesarias o prevenibles.

7. Muertes que han implicado una amenaza a la propia vida.

La misma autora (Rando, 1996, p. 145) describe la reacción a una muerte repentina o inesperada como "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 fisiológico; además estas reacciones persisten durante un tiempo prolongado".

Además, tras una muerte traumática, se dan una serie de factores adicionales que complican el proceso de duelo, entre los cuales cabría destacar los siguientes: 1) la idea de que el mundo es un lugar seguro y predecible del doliente se viene abajo y pasa a ser un sitio peligroso donde se siente vulnerable; 2) el doliente experimenta una profunda inseguridad y falta de confianza que afecta a todos los niveles de su vida, incrementándose así la ansiedad; 3) el doliente trata de reconstruir lo sucedido, intentando por todos los medios comprender la muerte; 4) al no haber tenido la oportunidad de despedirse de su ser querido, existe una dificultad para "dar un cierre" al acontecimiento; 5) el doliente muestra reacciones emocionales muy intensas como ira, culpa, ambivalencia, desesperanza y una gran necesidad de encontrar sentido a la muerte y culpable/s; 6) debido a la imprevisibilidad del fallecimiento, se pueden sufrir otras pérdidas secundarias, por ejemplo, económicas, y 7) el fallecimiento puede provocar un diagnóstico de TEPT (Soriano, 2022). Además, la muerte violenta es percibida con frecuencia como prevenible, y puede impedir que los supervivientes busquen razones o un significado para ella, o inducirlos a que se culpen a sí mismo o a otros (Rynearson, 2006).

El término *duelo traumático* se ha usado indistintamente con el de duelo patológico, duelo complicado, duelo atípico o duelo complejo. De hecho, como se ha mostrado en la tabla 1.2, Jacobson et al., (2000) utilizaron 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, muchos investigadores prefieren reservar el término duelo traumático para definir la reacción psicológica que aparece tras un evento traumático y la consiguiente pérdida de un ser querido como consecuencia de este (Ray y Prigerson, 2007).

Tanto Horowitz et al. (1997) como 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 duelo traumático se abordaba exclusivamente o como un trauma o como una pérdida. Los expertos en duelo no reconocían el papel de la situación traumática que provocó a muerte, y los expertos en trauma pasaban por alto los problemas que suponía la pérdida.

Stroebe et al. (2001) describieron varios escenarios o enfoques sobre la interacción entre duelo y trauma que habían propuesto distintos teóricos e investigadores. El primero de esos escenarios se centra en la fenomenología de la reacción de duelo, más que en el tipo de evento que lo provoca, por lo que postula que el duelo y el trauma deben ser distintos (Pynoos et al., 1987; Raphael y Martinek, 1997). El siguiente escenario establece que el duelo debe considerarse un evento traumático en sí mismo y, por tanto, el duelo complicado debería incluirse dentro del TEPT (Figley et al., 1997). El tercer enfoque considera que el duelo complicado es una consecuencia tanto de los duelos traumáticos como de los no traumáticos (Horowitz et al., 1997; Prigerson y Jacobs, 2001). Por último, están los enfoques que consideran la superposición entre ambos términos, y plantean que se desarrolle la categoría de duelo

traumático, basándose en la naturaleza del evento que provoque la muerte (Green, 2000; Rando, 2000).

Autores afines a este último enfoque han argumentado que el término debería emplearse para describir un conjunto específico de síntomas que aparecen ante la experiencia de haber perdido a un ser querido por medio de una situación traumática, es decir, repentina, accidental o violenta (Raphael y Martinek, 1997; Stroebe et al., 2001). De hecho, varios de ellos 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., 1999a; Prigerson y Jacobs, 2001; Jacobs et al., 2000). Es posible que su dificultad se deba a que los supervivientes tienen que afrontar el trauma, es decir, lidiar con el estrés resultante del fallecimiento del ser querido a causa de estas circunstancias y, a su vez, lidiar con el correspondiente proceso de duelo. Y es bien conocido que manejar el estrés implica en muchas ocasiones una importante interferencia en el proceso de elaboración del duelo (Raphael y Martinek, 1997).

Boelen et al. (2006b) sugieren que la integración deficiente de la pérdida en la memoria autobiográfica es uno de los procesos centrales en el desarrollo y mantenimiento del duelo complicado, ya que se piensa que conduce a una fácil activación de pensamientos, sentimientos y recuerdos relacionados con la pérdida. Esta sugerencia es paralela a la de Ehlers y Clark (2000) de que la integración deficiente del trauma con otra información autobiográfica conduce a una inhibición deficiente de la recuperación de recuerdos del trauma impulsada por señales. Por lo tanto, vemos que ambas experiencias se asemejan: impresiones recurrentes de que la persona muerta está presente, en el duelo complicado, y recuerdos involuntarios del trauma, en el TEPT.

Así pues, el concepto de duelo traumático tendría relación con el trastorno por estrés agudo y el TEPT, ya que todos ocurren después de la exposición a un evento o experiencia traumática y dan lugar a cierta sintomatología (American Psychiatric Association, 1994). De hecho, en numerosos estudios se ha encontrado una alta comorbilidad del duelo complicado con el TEPT (Morina et al., 2011; Schaal et al., 2012). En concreto, en el estudio de Djelantik et al. (2017) se encontró que las personas expuestas a una pérdida violenta tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar reacciones comórbidas de duelo complicado y TEPT (frente a una respuesta resistente) que las personas expuestas a una pérdida no violenta. En la misma dirección, una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas del terrorismo en España (Sanz et al., 2020), encontró una tasa de prevalencia del duelo complicado del 42 % varios años después del atentado, además de una alta comorbilidad entre el duelo complicado y TEPT o el TDM, estimada en un 50-65 %.

En la segunda edición de la *Enciclopedia del estrés* publicada por Fink (2007), se afirma que el duelo traumático aparece tras el fallecimiento de un ser querido y que combina síntomas similares al TEPT, pero focalizados en la pérdida, como la preocupación por el fallecido, síntomas de hipervigilancia con relación a la búsqueda de señales asociadas a la persona fallecida, ansiedad por separación, deseos de reunirse con el fallecido, pensamientos negativos sobre el futuro y el mundo, emociones como la ira, dificultades de aceptación y deterioro del funcionamiento social. En su revisión de la literatura científica, extrajo dos bloques de síntomas comunes: 1) ansiedad por separación: preocupación por el fallecido, anhelo, búsqueda de la persona fallecida y sentimientos de soledad, y 2) ansiedad de tipo traumático: malestar tras la pérdida, evitación de recuerdos dolorosos del fallecido, sensación de futuro interrumpido, visión del mundo negativa, entumecimiento y asilamiento, sensación de que parte de uno

mismo ha desaparecido, sentimientos de conmoción, aturdimiento y amargura, incredulidad sobre lo sucedido, sentimientos de vacío y asunción de síntomas o conductas perjudiciales (Neria y Litz, 2004). En resumen, los síntomas de duelo traumático englobarían síntomas de duelo intensos que generan un malestar importante, junto con síntomas de TEPT, durante seis meses o más, y que provocan deterioro en las principales áreas de funcionamiento.

En resumen, el concepto *duelo traumático* se origina en respuesta a la realidad clínica en la que el duelo ocurre bajo circunstancias traumáticas y se combinan síntomas de TEPT y duelo complicado. Sin embargo, el consenso en la comunidad científica sobre su diagnóstico e intervención sigue siendo algo difícil de alcanzar. En el DSM-5, sí existe un especificador diagnóstico para el trastorno de duelo complejo persistente que tiene en consideración la naturaleza traumática del fallecimiento y que se denomina "con duelo traumático". Sin embargo, tanto la CIE-11 como el DSM-5-TR, al incluir la categoría diagnóstica de TDP, han excluido cualquier especificador diagnóstico sobre las circunstancias traumáticas que pueden rodear a la pérdida.

Por otro lado, no han sido muchos los estudios que analizan el duelo traumático en víctimas supervivientes a un evento traumático o familiares de fallecidos en él. Quizá uno de los primeros fue el llevado a cabo por Pfefferbaum et al. (2001) sobre los atentados de Oklahoma City en 1995. Sus resultados muestran una fuerte asociación entre los síntomas de TEPT y el duelo, siendo éste un potente predictor de la sintomatología de TEPT, explicando aproximadamente la mitad de la varianza. Además, la relación entre el duelo y la disfuncionalidad fue más fuerte cuanto más elevados fueron los niveles de TEPT. Estos resultados, por lo tanto, apoyarían la construcción de la categoría de duelo traumático y tienen implicaciones importantes para el tratamiento.

Por su parte, Silverman et al. (2000) examinaron las consecuencias del duelo traumático en la salud física y psicológica de estos dolientes, siendo la primera vez que se examinaba el deterioro en su calidad de vida. También fueron los primeros en utilizar un instrumento diagnóstico de duelo traumático, la entrevista clínica estructurada TRGR2L (*The Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss*; Prigerson et al., 2000). En este estudio se encontró que un 18 % de los dolientes cumplía los criterios diagnósticos de duelo traumático, habiendo sufrido la pérdida una media de cuatro meses antes. Ese 18 % presentaba una peor calidad de vida que el resto de los dolientes, controlando sexo, edad, tiempo desde el fallecimiento y diagnóstico de TEPT y trastornos depresivos. Esta peor calidad de vida se traducía en niveles significativamente menores de funcionamiento social, peores puntuaciones en salud mental (esta fue la asociación más potente) y niveles de energía más bajos. En cada uno de estos dominios, se vio que el duelo traumático era un mejor predictor de deterioro que el episodio depresivo mayor o el TEPT. Este estudio también indicó que un 63 % de los dolientes que cumplían el criterio diagnóstico de duelo traumático no cumplían el de TEPT ni el de trastorno depresivo. Por lo tanto, estos datos también apoyarían la hipótesis de establecer una categoría diferente para el duelo traumático.

Así pues, existe evidencia de que este tipo de duelo generalmente evoca angustia psicológica y emocional intensa y prolongada, deterioro cognitivo, asilamiento social y síntomas corporales (Arnold et al., 2005; Rogers et al., 2008; Lenferink et al., 2018; Robbins-Welty et al., 2018; Spillane et al., 2017), mayor riesgo de pensamientos y acciones suicidas (Williams et al., 2018; Zetumer et al., 2015), y una mayor mortalidad (Hvidtjørn et al., 2015). Algunos de estos síntomas se han observado años e incluso décadas después de la pérdida (Bonanno y Kaltman, 2001; Cacciatore et al., 2014; Zetumer et al., 2015).

En una revisión sistemática y metaanálisis realizados por Heeke et al. (2017), se identificaron las variables con las que correlacionaba el duelo complicado en adultos expuestos a pérdidas violentas. Algunas características sociodemográficas (ser mujer, nivel educativo bajo, no estar empleado y no tener otro hijo después de la pérdida de un hijo), el hecho de sufrir múltiples pérdidas, las creencias religiosas y los síntomas somáticos mostraron una asociación pequeña con el duelo traumático, mientras que tener un apego ansioso, haber estado expuesto a eventos traumáticos y la relación con el fallecido mostraron asociaciones medianas. Por último, se encontraron asociaciones grandes con la psicopatología comórbida (depresión y TEPT) y la rumiación.

En cuanto a la prevalencia del duelo complicado, es probable que las personas afectadas por una muerte violenta tengan un riesgo mayor de desarrollar duelo complicado (Burke y Neimeyer, 2013; Schaal et al., 2010), ya que muestran tasas más elevadas de los trastornos de duelo, aproximadamente entre el 10 % y el 15 % según algunos estudios (Prigerson, 2004) o entre el 14 % y el 76 % según otros estudios realizados con personas que habían experimentado un desastre natural o causado por el ser humano (Kristensen et al., 2012). En concreto, los padres en duelo podrían ser el subgrupo más vulnerable para desarrollar duelo complicado (Lichtenthal et al., 2015; McCarthy et al., 2010; Kersting et al., 2011), ya que tienden a presentar niveles más altos de síntomas relacionados con el duelo complicado que aquellos que habían perdido a su pareja o a sus padres (Cohen et al., 2002; Thieleman y Cacciatore, 2014), estimándose que su tasa de prevalencia del duelo complicado oscilaría entre 13 % (Lichtenthal et al., 2015) y 16 % (Pohlkamp et al., 2018) en padres que han perdido a un/a hijo/a por cáncer, mientras que la tasa de prevalencia de duelo complicado tras una muerte natural es del 9,80 % (Lundorff et al., 2017).

Por último, cabe señalar que, de acuerdo con un modelo de estrés cognitivo del duelo traumático (Smid et al., 2015), las personas con duelo traumático podrían beneficiarse más del tratamiento diseñado para abordar la comorbilidad (de Heus et al., 2017).

1.6 Potenciales consecuencias positivas

Si bien los resultados negativos para la salud del duelo han sido bien documentados, las posibles consecuencias positivas han recibido una atención limitada. El enfrentarse a un evento de vida estresante o traumático puede llevar a experimentar cambios de vida positivos, que han recibido varios nombres como, por ejemplo, crecimiento relacionado con el estrés (Park et al., 1996) y, actualmente con mayor frecuencia, crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004). El crecimiento postraumático incluye sentirse más fuerte, sentirse más cerca de la familia y los amigos y experimentar nuevas posibilidades vitales, una mayor apreciación de la vida o un cambio espiritual positivo (Liébana et al., 2022; Sánchez Marqueses et al., 2022). Y puede ser especialmente probable que ocurra después del duelo. Por ejemplo, perder a un ser querido puede aumentar la compasión hacia otras personas en duelo, aumentando así el sentimiento de conexión. De manera similar, perder a un cónyuge podría llevar a alguien a desarrollar nuevas actividades para darle un nuevo significado a la vida (Calhoun et al., 2010). De hecho, se ha observado crecimiento postraumático después del duelo por muerte prenatal y la muerte (no) violenta de familiares y amigos (p. ej., Bartl et al., 2018; Currier et al., 2012; Engelkemeyer y Marwit, 2008; Shakespeare-Finch y Armstrong, 2010; Taku et al., 2008; Wagner et al., 2006).

A pesar del interés en el crecimiento postraumático, existe poco consenso sobre los factores que conducen a la percepción de estos cambios positivos en la vida, debido al excesivo uso de los diseños transversales, la selección de muestras pequeñas de participantes y la utilización de medidas no estandarizadas del crecimiento postraumático (Eisma et al., 2019). Una cuestión clave no resuelta es si el crecimiento postraumático es una respuesta adaptativa o desadaptativa a un evento vital estresante. Tradicionalmente, el crecimiento postraumático se ha considerado un resultado beneficioso y/o un proceso de afrontamiento cognitivo adaptativo (p. ej., Park y Folkman, 1997; Tedeschi y Calhoun, 2004), pero otros consideran que es similar a una estrategia de evitación/defensiva con elementos autoengañosos que dificultan la recuperación (p. ej., Boals y Schuler, 2018; Frazier et al., 2009; Taylor y Armour, 1996; Zoellner y Maercker, 2006). En línea con esta idea, el crecimiento postraumático se ha asociado positivamente con el afrontamiento centrado en la emoción y el problema, pero también con el afrontamiento evitativo y la negación en estudios previos (Boals y Schuler, 2018). Se suele suponer que evitar los aspectos dolorosos de la pérdida dificulta la recuperación del duelo, ya que limita la integración de la irreversibilidad de la pérdida con la memoria autobiográfica, lo que mantiene reacciones de duelo agudas (Boelen et al., 2006b).

Estudios previos con personas en duelo han arrojado asociaciones tanto positivas como negativas entre los síntomas de duelo complicado y el crecimiento postraumático (p. ej., Currier et al., 2012; Engelkemeyer y Marwit, 2008). Estos hallazgos son en gran medida comparables a los resultados sobre la relación entre los síntomas de TEPT y el crecimiento de estrés postraumático que se han encontrado en las investigaciones con personas expuestas a otros eventos estresantes de la vida (p. ej., Kleim y Ehlers, 2009; Lechner et al., 2006). El descubrimiento de hallazgos tanto positivos como negativos ha

llevado a algunos autores a sugerir que las asociaciones curvilíneas en forma de U invertida podrían explicar mejor la relación entre crecimiento postraumático y síntomas de duelo complicado o TEPT (Kleim y Ehlers, 2009; Shakespeare-Finch y Beck, 2014). Y en cuanto a estudios longitudinales, uno en 1998 investigó las asociaciones entre salud mental y crecimiento postraumático en personas en duelo (Davis et al., 1998). Los resultados de este estudio apoyaron una interpretación adaptativa del crecimiento postraumático, ya que demostraron que las personas que percibían más beneficios de una pérdida generalmente experimentaban menos angustia general con el tiempo, especialmente después del duelo. Por su parte, Eisma et al. (2019) realizaron un estudio en el que combinaron un diseño transversal y otro longitudinal y en el cual descubrieron que la relación transversal entre los diferentes tipos de problemas de salud mental posteriores a la pérdida y el crecimiento postraumático fue curvilínea, es decir, los niveles más altos de crecimiento postraumático fueron reportados en promedio por personas que experimentaron niveles moderados de ansiedad, depresión, duelo complicado y TEPT, mientras que las personas que informaron niveles de síntomas más bajos o altos generalmente informaron de menor crecimiento postraumático. Estos resultados confirmarían la idea de que una persona necesita experimentar cierto nivel de angustia para percibir cambios positivos en su vida, pero que altos niveles de angustia limitarán los beneficios que uno puede encontrar. A nivel longitudinal, Eisma et al. (2019) encontraron que los niveles de síntomas de ansiedad, depresión, duelo complicado y TEPT no predijeron significativamente el crecimiento postraumático o viceversa, no confirmando así los resultados del único estudio longitudinal anterior sobre esta temática y anteriormente citado (Davis et al., 1998). En resumen, pues, los hallazgos de Eisma et al. (2019) respaldan que el crecimiento postraumático puede tener efectos adaptativos y desadaptativos en ciertas circunstancias y, a veces, los efectos

adaptativos y desadaptativos se equilibrarán entre sí. Pero queda latente que todavía queda por llevar a cabo más investigación para aclarar las relaciones entre el crecimiento postraumático y los problemas de salud mental posteriores a la pérdida.

Finalmente, desde un punto de vista clínico, cabe destacar que varios autores examinaron intervenciones centradas en aumentar el crecimiento postraumático en personas que experimentaron eventos vitales negativos (p. ej., Chan et al., 2006; Dolbier et al., 2010). Sin embargo, según los resultados de las investigaciones que muestran los efectos negativos del crecimiento postraumático en el TEPT a lo largo del tiempo (p. ej., Engelhard et al., 2014), parece prematuro desarrollar intervenciones similares para ayudar a las personas en duelo. Es posible que aumentar el crecimiento postraumático no reduzca el malestar psicológico, y es posible que estas intervenciones (en algunas circunstancias) incluso sean dañinas. Por ejemplo, estimular fuertemente las percepciones no realistas de cambios de vida positivos en personas que sufren mucho malestar psicológico puede fortalecer la evitación cognitiva, lo que dificulta la adaptación al duelo (Boelen et al., 2006b; Eisma et al., 2013).

Capítulo 2

Trastorno de duelo prolongado, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático: constructos diferentes

CAPÍTULO 2

TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO, TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: CONSTRUCTOS DIFERENTES

Se ha de recordar que no fue hasta el año 2018 cuando un trastorno relacionado con la muerte de alguien significativo se incluyó en un manual diagnóstico o clasificación de trastornos mentales, en este caso, la CIE-11 (WHO, 2018), como trastorno de duelo prolongado. Esto lleva a plantearse que, hasta entonces, aquellas personas que pasaban por complicaciones en su duelo podían ser diagnosticadas de otros trastornos mentales. Y las más habituales han sido el TDM, por un lado, y el TEPT por otro. De hecho, Stein et al. (2010) propusieron una lista de 10 criterios para la definición de un trastorno mental basándose en la definición utilizada en el DSM-IV, y uno de ellos consistía en que, antes de crear una nueva categoría, habría que plantearse si las conductas patológicas o anormales podían incorporarse dentro de una categoría diagnóstica ya existente como, en el caso del duelo complicado, serían el TEPT o el TDM (Shear et al., 2011).

La gran mayoría de los estudios (Neria et al., 2007; Melhem et al., 2001; Silverman et al., 2000) han encontrado que entre el 50 y el 60 % de las personas con duelo complicado cumplen los criterios de depresión. En esta misma línea, la mayoría de las personas con duelo complicado no cumplen con criterios de TEPT, ya que el

síntoma que caracteriza especialmente al TEPT es el miedo, mientras que los dolientes desarrollan más la tristeza y el anhelo por la persona fallecida (Bonano et al., 2007; Melhem et al., 2007; Neria et al., 2007; Simon et al., 2007; Melhem et al., 2001). Lichtenthal et al., realizaron en 2004 una revisión crítica de toda la evidencia publicada hasta la fecha demostrando que la fenomenología, los factores de riesgo, los correlatos clínicos o el curso que sigue el duelo complicado difieren de los del TEPT, TDM y trastorno adaptativo, concluyendo así que el duelo complicado constituye una entidad diagnóstica distinta y, que, por lo tanto, merecía una categoría diagnóstica independiente.

Hoy en día ya existe un amplio cuerpo de investigación empírico a favor de que el duelo complicado constituye un trastorno diferenciado de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad, especialmente del TDM y del TEPT (Boelen y van den Bout, 2005; Prigerson et al., 1996; Prigerson et al., 1995a; Barnes et al., 2012; Boelen y van den Bout, 2008; Bonanno et al., 2007; Prigerson et al., 1996; Shear, Simon, et al., 2011). De hecho, una revisión sistemática publicada muy recientemente sobre trabajos que han utilizado análisis de clases latentes para analizar la sintomatología depresiva, de estrés postraumático y de duelo complicado, mostraba, tal y como se comentaba líneas atrás, que el duelo complicado se distingue del TEPT y de la depresión (Heeke et al., 2023).

En la misma dirección, en la tabla 2.1, se recogen diferentes estudios cuyo objetivo ha sido diferenciar el duelo complicado de otros trastornos, sobre todo del TDM y TEPT. Entre los estudios recogidos en dicha tabla, cabe destacar el estudio de Boelen y van den Bout (2005), ya que es el primero con una gran muestra (1.321 personas) y que utiliza un análisis factorial confirmatorio (anteriormente la mayoría de los estudios estaban basados en análisis factoriales exploratorios). Su objetivo era

replicar los resultados obtenidos hasta ese momento, es decir, averiguar si el duelo complicado, la depresión y el TEPT formaban parte de constructos diferentes, y, por lo tanto, había una sintomatología diferenciada en cada uno de estos trastornos. Sus 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 constructos relacionados, aunque distinguibles.

Tabla 2.1. Estudios que han analizado el duelo complicado como constructo independiente de la depresión, la ansiedad o el TEPT (adaptado de Soriano, 2022).

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Análisis	Resultados
Prigerson et al. (1995b)	82 ancianos viudos	Escala de depresión de Hamilton (HRSD) BSI	3-6 meses	Análisis de componentes principales	Un factor para el DC y otro para la depresión
Prigerson et al. (1996a)	150 personas viudas que fueron entrevistadas 6 meses después de la hospitalización de sus cónyuges fallecidos	GMS	6 meses	Factorización de ejes principales	Los síntomas del DC tenían una carga muy alta en un primer factor y cargas muy inferiores en los factores de ansiedad y depresión
Prigerson et al. (1996b)	56 ancianos viudos	Schedule for Affective Disordersand Schizophrenia-Lifetime Version (SADS-L) HRSD BSM GMS ITRD	≤ 6 – 12 a 18	Análisis factorial confirmatorio	Síntomas de ansiedad diferenciados de los de depresión y DC
Horowitz et al. (1997)	70 viudos	ITRD The Loss Inventory	6	Modelo de clases latentes	Los síntomas indicadores de DC y los síntomas de depresión a menudo no se superponen

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Análisis	Resultados
Chen et al. (1999)	Futuros viudos/as (92 mujeres y 58 hombres)	Center for Epidemiological Studies-DepressionScale (CES-D) Psychiatric Epidemiology Research Interview-Anxiety Scale (PERI-A) GMS	Momento de la hospitalización de su cónyuge y seguimiento: 6 semanas, 6, 13 y 25 meses.	Regresión lineal y logística	DC como constructo unidimensional distinto de la depresión y la ansiedad
Silverman et al. (2001)	85 viudos	SCID TRGR-2L	*M* = 4 meses	Regresión logística	Riesgo etiológico distinto de desarrollar TEPT, TDM y DC relacionado con experiencias adversas en la infancia y edad adulta
Boelen et al. (2003b)	103 adultos que habían perdido a un familiar de primer grado	ITG SCL-90	41,70	Análisis factorial con rotación varimax	Duelo traumático, depresión y ansiedad se agrupan en 3 factores distintos
Ogrodniczuk et al. (2003)	398 pacientes ambulatorios psiquiátricos	Conjunto de Pathological Grief Items (PGI) adaptados del trabajo de Prigerson et al. (1995b) The Impact of Events Scale (IES-R) Social Adjustment Scale-Self Report	*M* = 9,70 años	Análisis factorial	3 grupos de síntomas de DC son distintos de 2 grupos de síntomas de depresión

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Análisis	Resultados
Melham et al. (2004)	146 adolescentes amigos y conocidos de 26 víctimas de suicidio	ITRD IDC	6, 12-18 y 36 6 años	Análisis de componentes principales	Comorbilidad entre duelo traumático, TEPT y TDM, pero su probabilidad de desarrollo es independiente. Duelo traumático distinto de la depresión y el TEPT
Momartin et al. (2004)	126 refugiados bosnios	Inventario de traumas The Clinical Administered PTDS Scale (CASP) Módulo de depresión de la SCID para el DSM-IV CBI	*M* = 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 (81,40 %) de los casos y violentas en 246 (18,60 %)	Traumatic Grief Inventory (TGI) SCL-90	*M* = 32,50	Análisis factorial confirmatorio	El modelo de 3 factores correspondiente a los síntomas de DC, TEPT y depresión, fue superior al modelo de un único factor

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Análisis	Resultados
Bonano et al. (2007)	73 dolientes (53 habían perdido a su cónyuge y 20 a un progenitor)	Cuestionarios sin especificar Entrevista clínica estructurada Entrevista semiestructurada	4-18	Análisis de regresión	DC como categoría independiente
	447 familiares de fallecidos en los atentados del 11-S	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Posttraumatic StressDisorder Checklist (PCL-C) 9 ítems de duelo complicado	2,50-3,50 años		Más de la mitad de los participantes cumplía criterios para DC y no para TEPT y TDM
Golden y Dalgleish (2010)	223 adultos (33,60 % habían perdido a un progenitor, 1,80 % a un hijo, 5,40 % a un hermano, el 4,90 % a una esposa, 22,40 % a un abuelo, 26,90 % a un amigo y 4,90 % a un primo)	IDC-R BDI-II Revised Impact of Event Scale	> 6 meses *M* = 6 años	Análisis de componentes principales	Diferenciación entre DC, TEPT y TDM
O'Connor et al. (2010)	292 adultos mayores	IDC-R Harvard Trauma Questionnaire-Part IV	*M* = 13,50	Análisis factorial confirmatorio	TEPT y DC correlacionados, pero en factores separados
Boelen et al. (2010)	Muestra 1: 572 Muestra 2: 408	9 ítems del IDC-R Subescala depresión SCL PTSD Symptom Scale Self-Report version (PSS-SR)	*M* = 44,70 *M* = 5, 10	Análisis factorial confirmatorio	Los síntomas de DC, depresión y TEPT representan síndromes distinguibles

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Análisis	Resultados
Kopelovich (2015)	92 familiares y amigos de víctimas asesinadas	Entrevista estructurada Entrevista telefónica Post-Homicide Experiences Questionnaire BDI-II PCL-C IDC	≥ 15 años	Análisis cuantitativo	Distinción conceptual entre TEPT, TDM y DC
Anderson (2018)	861 estudiantes supervivientes del tiroteo en el Instituto Politécnico y Universidad Estatal de Virginia	Ítems basados en el IDC Trauma Screening Questionnaire (TSQ) (versión modificada) K6 Scale	3	Análisis factorial exploratorio y confirmatorio	Constructos diferentes del DC frente al TEPT y depresión
Lenferink et al. (2021)	200 dolientes de víctimas del accidente del vuelo 17 de Malaysia Airlines y 268 de accidente de coche	PCL-5 TGI-SR+	Víctimas accidente aéreo: *M* = 5,61 años Víctimas accidente coche: *M* = 4,79 años	Análisis factorial confirmatorio	TEPT y DC correlacionados, pero en factores separados
Soriano (2022)	211 familiares de víctimas mortales de atentados terroristas en España.	IDC PCL-S BDI-II	*M* = 26,4 años	Análisis factorial exploratorio	Tres factores correlacionados, pero diferentes: DC, estrés postraumático y depresión

Nota: *M* = Media. *DC* = Duelo Complicado.

2.1 Diagnóstico diferencial con el trastorno depresivo mayor

Ya en 1995, y como se muestra en la tabla 2.1, el equipo de Prigerson comenzó a evaluar los síntomas del duelo complicado. Y agruparon una lista de doce síntomas depresivos asociados a la pérdida y otros diez síntomas más relacionados únicamente con una reacción de duelo desadaptativa. Después, evaluaron dieciocho de esos veintidós síntomas en una muestra de viudos/as de edad avanzada y, tras un análisis de componentes principales, extrajeron dos factores: el factor I, que explicó el 26,20 % de la varianza y que fue interpretado como el factor de depresión asociada a un duelo; y el factor II, que explicó el 20 % de la varianza, interpretándose como el factor de duelo complicado (Prigerson et al. 1995a). Estos resultados apoyaron el desarrollo también por parte de este equipo de trabajo del cuestionario IDC (Prigerson, 1995b), nombrado en numerosas ocasiones anteriormente.

Una consideración importante para distinguir a nivel conceptual el duelo complicado de la depresión mayor es la medida en que ciertos síntomas en el duelo se refieren específicamente a la pérdida del ser querido, frente a la sintomatología más generalizada y amplia en un trastorno depresivo. En primer lugar, en comparación con la anhedonia generalizada y la rumiación pesimista de la depresión, el malestar del duelo se centra en la separación del fallecido, y la alteración primaria a nivel cognitivo es la preocupación intensa por el fallecido, incluidos pensamientos intensos e intrusivos con este contenido. En segundo lugar, mientras que la depresión a menudo conlleva una gran pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer, en el duelo sí existe un interés sostenido en el fallecido y la creencia de que la unión con el fallecido traería placer y satisfacción. Por otro lado, y en relación con la emoción de la culpa, en la

depresión es común experimentar una culpa global o un sentimiento de falta de valía personal, mientras que esta culpa no se encuentra en el duelo de esta manera, aunque a veces sí puede existir culpa relacionada específicamente con la muerte. Por último, en la depresión encontramos una evitación más general y asilamiento. Sin embargo, el duelo complicado suele implicar una evitación particular de los estímulos que sirven como recordatorios de la realidad de la pérdida o de la actividad relacionada con ésta. Además, existen diversas características de la depresión que son distintas totalmente de los criterios de duelo complicado (p. ej., alteraciones en los patrones de sueño y/o alimentación, retraso o agitación psicomotora, disminución de la concentración, fatiga), y otras del duelo que son diferentes de la depresión (p. ej., dificultad para aceptar la pérdida, confusión sobre el papel de uno mismo en la vida, incapacidad para confiar en los demás, anhelo y búsqueda del fallecido, soledad) (Soriano, 2022).

Por último y en relación con la intervención ante esta problemática, algunos estudios han mostrado que los síntomas de duelo complicado no se redujeron con un tratamiento de antidepresivos tricíclicos, lo que sugiere que ambas patologías requieren un tipo diferente de abordaje (Jacobs y Lieberman, 1987; Pasternak et al., 1991). En otros estudios se llegaron a conclusiones parecidas ya que personas con depresión tras un duelo sí respondieron adecuadamente a los tratamientos tradicionales de medicación antidepresiva, además de terapia interpersonal, mientras que las personas que padecían duelo complicado no respondían de forma favorable, por lo que parecía que necesitaran una intervención diferente (Frank et al., 1997; Prigerson et al., 1996; Prigerson y Jacobs, 2001).

2.2 Diagnóstico diferencial con el trastorno de estrés postraumático

Ya se ha abordado en el epígrafe 1.5 que trauma y duelo tienen una estrecha relación. De hecho, hasta el 2001 (y cambia entonces debido al atentado del 11-S), la sintomatología de duelo complicado se recogía en muchas ocasiones bajo el término de duelo traumático, independientemente de las causas del fallecimiento, porque se entendía que el duelo poseía síntomas tanto de ansiedad por separación como de malestar psicológico traumático (Chen et al., 1999; Prigerson et al., 1997). Este malestar psicológico traumático fue concebido en la mayoría de los casos como sintomatología de TEPT, ya que incluía reexperimentación (pensamientos intrusivos sobre el fallecido), evitación de recordatorios y estar en *shock* o sentir incredulidad ante la muerte. Pero se ha argumentado que el duelo complicado y el TEPT son teóricamente distintos en cuanto a la ansiedad por separación (Lichtenthal et al., 2004; Prigerson et al., 2009).

La diferenciación entre duelo complicado y TEPT sigue siendo difusa, especialmente debido a la superposición entre trauma y pérdida (Raphael, 1997, Raphael y Martinek, 1997; Stroebe etal., 2001).

Es cierto que tanto el duelo complicado como el TEPT pueden aparecer cuando la muerte del ser querido es el resultado de circunstancias violentas (Raphael y Martinek, 1997). Sin embargo, el criterio en el diagnóstico de TEPT relacionado con que la respuesta al evento debe provocar miedo, impotencia u horror, no tiene porque darse en duelo complicado. En el TEPT, además, las emociones más prevalentes junto con el miedo y la ansiedad son la ira, la vergüenza o la culpa, mientras que en duelo complicado la carga emocional suele estar en el anhelo y la sensación de pérdida o

vacío.

Otra distinción conceptual básica se da a nivel cognitivo. En el duelo complicado se pueden experimentar pensamientos intrusivos y también voluntarios sobre diversos aspectos de la relación con el fallecido, incluidos los de contenido positivo, creando a veces sensación de confort (Lichtenthal et al., 2004). Mientras que, en el TEPT, los pensamientos son intrusivos y se centran en el evento de la muerte, dando lugar a una sensación de amenaza. Estos pensamientos intrusivos en realidad implican la activación incontrolable de los recuerdos traumáticos que son angustiosos y negativos (Horowitz et al., 1993).

En el ámbito de la evitación, en el duelo complicado puede darse una estrategia de evitación de los recordatorios de la pérdida, dirigida a evitar la realidad de la pérdida a través de la negación o, incluso, la disociación (Jordan y Litz, 2014; Prigerson y Jacobson, 2001; Prigerson et al., 1999b), si bien, existen otras conductas de búsqueda de recordatorios porque los perciben como positivos y reconfortantes. Además, los dolientes suelen querer hablar con los demás sobre la pérdida. En el TEPT, los pensamientos intrusivos anteriormente descritos llevan a la evitación de los recordatorios internos y externos relacionados con la muerte por el malestar provocado y también se evita hablar sobre lo sucedido (Stroebe et al., 1991).

Por todo esto, y a pesar de la propuesta de Horowitz et al. (1997) de considerar la evitación como un síntoma más del duelo complicado, no es de extrañar que en los estudios del equipo de investigación de Prigerson mientras construían un cuestionario para evaluar las complicaciones del duelo (IDC), se encontrara una baja especificidad para el ítem que reflejaba el síntoma de evitación, además de encontrar que su correlación con la puntuación total producto de la suma de todos los ítems era extremadamente baja (r = ,01) y que el alfa de Cronbach de la escala mejoraba con la eliminación de ese ítem.

Por tanto, el equipo de Prigerson decidió no incluir el ítem de evitación entre sus criterios diagnósticos para el duelo complicado (Prigerson y Jacobs, 2001; Prigerson et al., 1999b), y concluyó que la evitación no es un síntoma central en el duelo complicado, si bien sí lo es en el TEPT.

Una última diferenciación sintomatológica tiene que ver con el hecho de que, en el TEPT, se produce una hiperactividad o hipervigilancia ansiosa y una reactividad exagerada, orientada a buscar una respuesta de seguridad ante una posible amenaza. Pero estas recciones no suelen aparecer en el duelo complicado o, si aparecen, están orientadas a buscar recordatorios o mensajes sobre la persona perdida. Autores como Stroebe (2001) observaron que, en general, la ansiedad desempeña un papel menos importante en los dolientes que en las víctimas de trauma.

Finalmente, en relación con el tratamiento de los dos trastornos psicológicos, el duelo complicado y el TEPT, la recuperación en el duelo complicado implica volver a encontrar un papel en el mundo tras la pérdida y reconstruir la vida sin el ser querido. Sin embargo, en el caso del TEPT, el tratamiento se centra en tratar de procesar los eventos estresantes que rodearon la muerte, intentado reestablecer la seguridad en el mundo que normalmente se ha perdido o desestabilizado (Marwit, 1991, 1996).

Capítulo 3

Duelo complicado tras fallecimientos traumáticos y no traumáticos

CAPÍTULO 3

DUELO COMPLICADO TRAS FALLECIMIENTOS TRAUMÁTICOS Y NO TRAUMÁTICOS

3.1 Duelo complicado tras un fallecimiento no traumático

Como se ha ido viendo en los capítulos anteriores, y al margen de que el duelo sea una reacción natural a la muerte de un ser querido, los expertos en duelo siempre han reconocido la existencia, en algunas ocasiones y personas, de reacciones que están asociadas a malestar, disfuncionalidad, limitación o incapacidad en un grado de intensidad, frecuencia o duración desajustado en función del contexto y que no representan una respuesta culturalmente adaptada ante el fallecimiento de un ser querido, y que, por tanto, podrían considerarse en sí mismas síntomas psicopatológicos, un síndrome psicopatológico o un trastorno psicopatológico (Cabodevilla, 2007; Sanz et al., 2020).

Sin embargo, no se sabe mucho respecto a la prevalencia real del duelo complicado dado que, tal y como se ha visto, su aceptación mayoritaria como un trastorno psicológico es relativamente reciente y, además, existe una gran variabilidad de conductas que han sido consideradas síntomas de duelo complicado, variabilidad probablemente debida a factores clínicos, culturales y sociales, así como una gran variabilidad de definiciones del constructo, de criterios diagnósticos y de instrumentos de medición.

De hecho, existen relativamente pocos estudios epidemiológicos sólidos que hayan examinado la prevalencia del duelo complicado en la población general. En la tabla 3.1, se presentan los resultados de los estudios revisados por Soriano (2022) sobre la prevalencia del duelo complicado tras una muerte no traumática, los cuales han sido ampliados con los resultados de algunos estudios no incluidos en esa revisión (p. ej., Fujisawa et al., 2010; Prigerson et al., 1995a; Schulz et al., 2006), pero, como se puede apreciar en dicha tabla, muchos de ellos sufren de importantes deficiencias metodológicas (p. ej., muestras pequeñas de participantes y no seleccionadas aleatoriamente).

Tabla 3.1. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento no traumático (ampliado de Soriano, 2022).

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Causa de la muerte	Prevalencia (%)
Prigerson et al. (1995a)	82 ancianos/as viudos/as	IDC	*M* = 2,8	Sin especificar	20
Lathan y Prigerson(2004)	309 viudas/os (de 20-90 años)	IDC-R	6,20 10,80	Sin especificar	11,30 7,02
Schulz et al. (2006)	217 cuidadores de familiares con alzhéimer	IDC	*M* = 3,85 meses (0,3 años)	Enfermedad de Alzheimer	19,8
Lundorff et al. (2007)	*N* = 8.035 14 estudios con pacientes no psiquiátricos	IDC (3 estudios), IDC-R (3), BGQ (3), PG-13 (3), BPQ (1) y CBI (1)	3,40	Diversas, no violentas	9,80 20,50 en estudios que usaron IDC
Forstmeier y Maercker (2007)	570 adultos de 65-96 años	Complicated Grief Module (CGM) Inventory of Traumatic Grief-Revised (ITG-R)	*M* = 15,07	Mayoría por enfermedad (54,60 %), aunque algunas traumática (16,70 %)	4,20 % (basado en el sistema diagnóstico de Horowitz et al., 1997) 0,90 % (basado en el sistema diagnóstico de Prigerson et al., 1999)
Maercker et al. (2008)	579 personas mayores (de 65-96 años)	Módulo de duelo complicado ITG-R	15 14	Sin especificar	4,20

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Causa de la muerte	Prevalencia (%)
Kersting et al. (2009)	73 adultos con diagnóstico de depresión	IDC	*M* = 16,40 (*DT* = 14,10)	93 % debido a causas naturales	17,80
Guildin et al. (2010)	*N* = 87	IDC-R	0,50	Cáncer	40
Fujisawa et al. (2010)	969 adultos de 40-79 años	Brief Grief Questionnaire (BGQ)	Entre 6-12 meses y 9-10 años, la mayoría menos de 5 años (61,50 %)	Mayoría por cáncer (36,80 %), enfermedad cardíaca (11,10 %) o infarto (10,29 %)	2,4
Kersting et al. (2011)	*N* = 142	Versión alemana IDC-R	9,80	Enfermedad	4,90
	N = 216			Cáncer	10,10
Newson et al. (2011)	1.089 adultos mayores	IDC de 17 Ítems	*M* = 5,49 (*DT* = 8,80) y 6,73 (*DT* = 9,52) meses para personas con duelo normal y complicado, respectivamente	Sin especificar	25,40
De Montgolfier (2013)	244 adultos	IDC	6-24 meses (*M* = 14,50)	93,40 % debido a causas no violentas	59,70
Castro y Rocha (2013)	*N* = 190	IDC	Sin datos	Sin especificar	34,20

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Causa de la muerte	Prevalencia (%)
Tsai et al. (2016)	*N* = 493	PG-13	0,50 1,10 1,50 2	Cáncer	7,73 1,80 2,49 1,85
Li y Prigerson (2016)	1.358 adultos	IDC	1-117 meses (*M* = 25,96)	Sin especificar	11,30
Kim et al. (2017)	*N* = 137	IDC TRIG	0,55-4,96 (*M* = 2,87)	Cáncer	24,10

A partir de los datos de la tabla 3.1, se puede concluir que la prevalencia del duelo complicado que muestra la literatura científica varía mucho, oscilando entre 1,80 % (Tsai et al., 2016) y 59,70 % (De Montgolfier, 2013) y con una media de 16,11 %, media que se encontraba entre los dos valores medios obtenidos en el metaanálisis de 14 estudios realizado por Lundorff et al. (2007), a saber, 9,80 % cuando se tuvieron en cuenta todos los estudios y 20,50 % cuando solo se tuvieron en cuenta los estudios que habían medido el duelo complicado con el IDC.

Por otro lado, existen pocos estudios que hayan examinado la prevalencia del duelo complicado a largo plazo, muchos años tras el fallecimiento del ser querido. Con la intención de arrojar algo de luz sobre la prevalencia a largo plazo, Fujisawa et al. (2010) llevaron a cabo un estudio en el que encontraron una prevalencia del duelo complicado del 2,40 % en una muestra de 969 sujetos que habían perdido a un ser querido en los últimos 10 años, siendo las distribuciones de la causa y el lugar de la muerte bastante similares a las estadísticas nacionales. Este dato de prevalencia es comparable al de otros trastornos mentales.

Otra cuestión que necesita más investigación, especialmente a partir de estudios longitudinales, es la evolución de la prevalencia del duelo complicado a lo largo de los años en la población general. En el estudio de Tsai et al. (2016), se examinó la prevalencia del duelo complicado en distintos momentos tras el fallecimiento del ser querido, desde medio año después hasta dos años después. Como se puede ver en la tabla 3.1, parece que entre medio año después y un año después, hay un descenso importante de la prevalencia del duelo complicado, de 7,73 % a 1,80 %, mientras que, posteriormente, las tasas de prevalencia del duelo complicado se mantienen estables. Por tanto, parece que, a diferencia de los datos hallados en otros estudios (Lathan y Prigerson, 2004), la prevalencia del duelo complicado, una vez pasado el primer año

desde la muerte del ser querido, no muestra una disminución con el paso del tiempo, sino que el duelo complicado se mantiene y no se resuelve naturalmente. No obstante, en el estudio de Lathan y Prigerson (2004), teniendo en cuenta períodos más amplios tras la muerte del ser querido, sí se encontró un descenso en la prevalencia del duelo complicado desde una media de 6,2 años después (prevalencia de 11,30 %) hasta una media de 10,8 años después (prevalencia de 7,02 %). Claramente, la evolución del duelo complicado a lo largo del tiempo en la población general, tanto teniendo en cuenta períodos más cortos o más amplios, necesita más investigación para poder llegar a conclusiones más sólidas.

Por supuesto, las tasas de prevalencia que se presentan en la tabla 3.1 varían en gran medida en función de un buen número de variables, algunas de ellas específicas de las circunstancias del fallecimiento. Por ejemplo, Schulz et al. (2006), encontraron que el 20 % (19,80 %) de 217 cuidadores de familiares con enfermedad de Alzheimer mostraron un duelo complicado junto con altos niveles de sintomatología depresiva después de la muerte de sus familiares. Al controlar los factores sociodemográficos, los cuidadores que tenían altos niveles de síntomas depresivos previos a la pérdida, los que informaron de características positivas de la experiencia de cuidar a un familiar y los que estaban cuidando a un paciente con mayor deterioro cognitivo tenían más probabilidades de mostrar niveles significativos de duelo complicado.

Entre las variables que afectan a la prevalencia del duelo complicado, una que parece tener un efecto importante es el sistema diagnóstico empleado para realizar el diagnóstico de duelo complicado. Por ejemplo, Forstmeier y Maercker (2007) realizaron un estudio de comparación entre el sistema diagnóstico propuesto por Horowitz et al. (1997) y el propuesto por Prigerson et al. (1999b), encontrando diferencias importantes en relación con la prevalencia y la probabilidad condicional de

duelo complicado, siendo ambas mayores con el sistema diagnóstico del grupo de Horowitz que con el sistema del grupo de Prigerson. Esto se debe a que el conjunto de criterios establecidos por el grupo de Horowitz es más inclusivo y menos estricto que el del grupo de Prigerson y, por tanto, conduce a una prevalencia mayor. Las razones serían, por un lado, la importancia de la alteración funcional que debe cumplirse en el sistema del grupo de Prigerson, pero no en el del grupo de Horowitz. Y, por otro, el número de síntomas necesarios para obtener el diagnóstico, ya que en el sistema del grupo de Prigerson, los pacientes deben tener siete de los doce síntomas, en contraste con los tres de siete síntomas del sistema del grupo de Horowitz. En conclusión, la diferencia en la prevalencia conduce a una probabilidad condicional menor de desarrollar un duelo complicado cuando se utilizan los criterios diagnósticos de consenso de Prigerson et al. (1999) en comparación con los criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) (Forstmeier y Maercker, 2007).

3.1.1. Duelo complicado tras un fallecimiento no traumático en población española

Soriano (2022) realizó una revisión de los estudios llevados a cabo con muestras de dolientes de la población española sobre la prevalencia del duelo complicado, estudios que se recogen en la tabla 3.2.

Tabla 3.2. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento no traumático en la población española (adaptado de Soriano, 2022).

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Causa de la muerte	Prevalencia (%)
Barreto, Yi y Soler (2008)	*N* = 236	DSM-IV-TR IDC	2	Cáncer	16,50
		DSM-IV-TR IDC	6		15,50-19,10
Bermejo et al. (2014)	103 personas que acuden a un centro de escucha de duelo	IDC	12	Sin especificar	79,20
Burdeus et al. (2016)	*N* = 299	PG-13 ITRD	6 - 18	Atención primaria, cuidados paliativos y atención domiciliaria en la Comunidad de Madrid (diversas enfermedades)	7,023
Estevan et al. (2016)	*N* = 299	PG-13 ITRD	0,5-1,50	Causa médica y enfermedad mental	7,02 38,01

Autor/a y año	Muestra	Instrumento de medida	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Causa de la muerte	Prevalencia (%)
Masferrer et al. (2017)	*N* = 100	IDC	13,10	77,40 % natural, 12,20 % por accidente y 10,50 % por otras causas	5

Como se puede observar en la tabla 3.2, las tasas de prevalencia del duelo complicado tras un fallecimiento no traumático en la población española varían mucho, desde una prevalencia de 5 % (Masferrer et al., 2017) hasta una de 79,20 % (Bermejo et al., 2014), aunque esta última habría que considerarla una sobreestimación debida a la naturaleza de la muestra de dolientes evaluada, ya que estaba formada por personas que habían acudido a un centro de escucha de duelo y, por lo tanto, era mucho más probable que presentase una prevalencia del duelo complicado más elevada.

Para entender esa variabilidad, puede ser revelador analizar con más detalle los resultados obtenidos en algunos estudios realizados en España. Por ejemplo, Gamo et al. (2003) realizaron un seguimiento a los dos años a 51 pacientes en duelo de Madrid. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes habían afrontado la pérdida de una manera adaptativa y podían retomar sus actividades diarias y rutinas tras esos dos años. Sin embargo, un 25 % afirmó haber sufrido un paro parcial importante en el curso de su vida desde el fallecimiento del ser querido. Este hallazgo muestra cómo, a largo plazo, se puede esperar una remisión o mejoría en los síntomas en la mayoría de los casos. Al mismo tiempo, Gamo et al. (2003) encontraron que un vínculo problemático con el fallecido, así como la pérdidade un hijo/a eran factores asociados a una peor evolución. No obstante, el apoyo social y la psicoterapia se identificaron como factores protectores.

Olmeda y García (2006) realizaron un estudio transversal con pacientes psiquiátricos también de Madrid e identificaron que el 74 % de la muestra presentaba duelo complicado. Además, 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 su hijo/a

o a su pareja, presentaban una mayor tasa de duelo complicado que aquellos que habían sufrido la muerte de un padre/madre, no existiendo diferencias entre los que habían perdido a su hijo/a y su pareja.

En general, estos datos demuestran la escasa investigación que hay en España sobre el constructo del duelo complicado. Ya lo señalaban Parro-Jiménez et al. (2022), en su revisión sistemática de dicha investigación, puesto que solo habían encontrado 12 estudios relativos a la prevalencia o sintomatología de duelo complicado en población adulta española, a pesar de que su revisión abarcaba un total de 19 años. Para esta tesis doctoral, se volvió a hacer la búsqueda con los mismos términos clave y en las mismas bases de datos bibliográficas que Parro-Jiménez et al. (2022), pero a fecha de octubre de 2023, comprobándose que no había nuevas publicaciones sobre esta temática.

3.2 Duelo complicado después de un fallecimiento traumático

Una cuestión que ha suscitado debate es si existen dos constructos diferenciados: duelo traumático (el duelo complicado tras un fallecimiento por un acontecimiento traumático, es decir, en circunstancias violentas, súbitas e inesperadas, como, por ejemplo, un atentado terrorista, un desastre natural, un suicidio o un acto criminal) y duelo complicado (el duelo patológico tras un fallecimiento por causas no traumáticas, es decir, aquellas consideradas como "naturales" como, por ejemplo, vejez o enfermedad) (McClatchey et al., 2014; O'Connor et al., 2010; Tsutsui et al., 2014). Algunos estudios han indicado que la prevalencia de trastornos mentales, como TEPT, duelo complicado y depresión entre los que han experimentado la muerte

traumática de un ser querido es relativamente mayor para aquellos que han sufrido una muerte natural (Amick-McMullan et al., 1991; Currier et al., 2006).

En la tabla 3.3, se presenta un resumen de los datos de prevalencia de duelo complicado en dolientes que han sufrido el fallecimiento traumático de un ser querido.

Tabla 3.3. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento traumático (adaptado de Soriano, 2022).

Autor/a y año	Muestra	Causa de la muerte	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Dyregrov et al. (2003)	*N* = 128	Suicidio	78	1,3	IDC
Dyregrov et al. (2003)	*N* = 68	Accidente	78	1,20	IDC
Momartin et al. (2004)	*N* = 126	Conflicto Bosnia	31	5	CBI
Shear et al. (2006)	70 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados, que habían recibido consejo psicológico breve tras los atentados	11-S	44 (21 % subclínico y 23 % clínico)	18 meses	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999b)
Donahue et al. (2006)	73 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados, que habían recibido consejo psicológico intensivo tras los atentados	11-S	36 (12 % subclínico y 26 % clínico)	24 – 30 meses	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999b)
Ghaffari-Nejad et al. (2007)	*N* = 400	Terremoto de Bam (Irán) en 2003	76	Meses después	IDC
Neria et al. (2007)	*N* = 704	Atentados 11-S	43,20	2,50-3,50	IDC

Autor/a y año	Muestra	Causa de la muerte	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Barrera et al. (2007)	*N* = 20	Hijos/as con cáncer, enfermedades coronarias congénitas, meningitis o ahogamiento	25 con síntomas medios y 10 con síntomas mínimos	Sin datos	2 cuestionarios estandarizados para medir depresión y duelo y una entrevista presencial semiestructurada
Kristensen et al. (2009)	111 (de los cuales 32 eran familiares de fallecidos y víctimas directas)	Tsunami del océano Índico en 2004	16,20 (14,30 en las víctimas indirectas)	26 meses	IDC
Schaal et al. (2009)	*N* = 49	Genocidio Ruanda	12,50	10	PG-13
Nakajima et al. (2009)	*N* = 74	Homicidio y accidente de tráfico	21,90	7,8	SI-TG
McCarthy et al. (2010)	*N* = 58	Hijos/as con cáncer	10	1-9,80	IDC-R Entrevistas estructuradas diseñadas *ad hoc*

Autor/a y año	Muestra	Causa de la muerte	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Tsutsui et al. (2014)	*N* = 82	Terremoto y tsunami de Japón oriental en 2011	9,80	8 meses	IDC
Dyregrov et al. (2015)	103 familiares (65 % padres y 35 % hermanos) de fallecidos	Atentado de la isla de Utøya (Noruega) de 2011	78,60	18 meses	IDC por correo o internet
Li et al. (2015)	*N* = 803	Terremoto de Sichuan (China) en 2008	71,10	12-13 meses	IDC
Kristensen et al. (2015)	94 (de los cuales 28 eran familiares de fallecidos y víctimas directas)	Tsunami del océano Índico en 2004	11,7 (9,1 en las víctimas indirectas)	6	IDC
Huh et al. (2017)	84 padres/madres	Naufragio del trasbordador Sewol en Corea del Sur en 2014	94	1,5	IDC

Autor/a y año	Muestra	Causa de la muerte	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (años)	Instrumento de medida
Cardoso et al. (2017)	*N* = 20	Derrumbe del puente Hintze Ribeiro (Portugal) en 2001	90	10	IDC
Kentish- Barnes et al. (2018)	117 familiares a quienes se les pedía donación de órganos de su fallecido/a	Muerte cerebral	53	9 meses	IDC
Cozzaet al. (2019)	454 familiares adultos (padres, esposos, hermanos, hijos) de fallecidos	Atentados del 11-S en Nueva York, Washington o en el vuelo UA93	34,40	15	IDC por internet

Comparando los datos de esta tabla con los de la tabla 3.1, se puede observar que la prevalencia del duelo complicado es significativamente mayor entre las personas que han sufrido la muerte traumática de algún ser querido (tabla 3.3) que entre las personas que han sufrido la muerte no traumática de algún ser querido. Esta diferencia podría explicarse, por un lado, por el carácter repentino e inesperado de la muerte traumática, lo cual lleva a una falta de preparación para la muerte y para poder procesar la situación, siendo así mayor su impacto. Sería lo que Weisman (1976) ha llamado *muerte intempestiva*, la cual viola las expectativas de supervivencia. También, como apuntan Currier et al. (2006), la muerte traumática dificulta el proceso de dar sentido y significado a lo ocurrido, aspecto que interfiere en su aceptación. Además, supone un desafío a la creencia fundamental sobre el mundo como un lugar justo y seguro donde los sucesos son predecibles y/o controlables (Currier et al., 2006; Janoff-Bulman, 1992; Lichtenthal et al., 2010). En este sentido, la evaluación y valoración cognitivas negativas sobre uno mismo, los otros y el mundo mostraron ser otro importante factor mediador entre la muerte traumática y el posterior surgimiento de trastornos psicopatológicos como el TEPT, la depresión y el duelo complicado (Nakajima et al., 2009; Shirai et al., 2010).

Con relación a la comorbilidad con otros trastornos mentales, se ha encontrado una importante asociación entre los trastornos psicológicos anteriormente mencionados. Por ejemplo, en el estudio de Kentish-Barnes et al. (2015), del grupo de dolientes que presentaba una prevalencia del 52,10 % a los 6 meses, un 70,70 % también presentaba TEPT. En otro ejemplo, Li et al. (2015) encontraron que, del 71,10 % de la muestra que sufría duelo complicado, el 38,90 % también tenía puntuaciones significativas en TEPT. Por último, en el estudio de Shear et al. (2006) se ha encontrado que, del 44 % que sufrían duelo complicado, un 54,80 % también tenían TEPT. En particular, se considera

que el TEPT contribuye a la complicación de un duelo al suprimir la función de la corteza prefrontal y el córtex cingulado anterior, que actúa facilitando el devenir normal del proceso de duelo (Nakajima et al., 2012).

Aunque numerosos estudios se han centrado en el TEPT tras sufrir una pérdida de manera traumática, se ha encontrado que el TDM se presenta con una alta comorbilidad también. Por ejemplo, en el estudio de Shear et al. (2006) se ha encontrado que, del 44 % que sufrían duelo complicado, un 54,80 % también tenían TDM. Una prevalencia similar se ha encontrado en el estudio de Neria et al. (2007) en el cual, del 43 % de las personas que sufrían duelo complicado, un 36 % también tenían TDM.

En resumen, se ha argumentado (Lundorff et al., 2017) que la prevalencia del duelo complicado entre las personas que sufren una muerte no traumática oscila entre el 10-15 % en comparación con el 30-70 % de los afectados por una muerte traumática (McDevitt-Murphy et al., 2012; Mitchell et al., 2004; Momartin et al., 2004; Shear et al., 2006).

3.2.1. Duelo complicado después de un fallecimiento traumático en la población española

Ya se ha visto en los epígrafes anteriores que las investigaciones sobre la prevalencia del duelo complicado en España tras muertes no traumáticas seguían la misma tendencia que las internacionales, pese a no existir apenas estudios epidemiológicos con población española. En el caso del duelo complicado debido a causas traumáticas se puede decir que estamos ante el mismo escenario, siendo éste

incluso más limitado. En la tabla 3.4 se recogen datos de diferentes muestras de la población española, comprobando de nuevo que la prevalencia del diagnóstico de duelo complicado es significativamente mayor en los dolientes que han sufrido la muerte traumática de un ser querido en comparación a los dolientes que han sufrido la muerte natural de un ser querido.

Por ejemplo, Terrés (2016) evaluó a 217 familiares de fallecidos en atentados terroristas y encontró que la prevalencia de duelo complicado fue de 40,60 %, destacando que los padres/madres del fallecido eran aquellos con una mayor tasa de prevalencia (71,40 %), seguida de la categoría de viudos/as (48,60 %), mientras que los hijos/as (33,70 %) fueron los que mostraron un menor duelo complicado. Además, tras controlar el sexo y la edad, el tiempo transcurrido desde el atentado mostraba una relación lineal significativa y negativa con la sintomatología de duelo complicado, lo que quiere decir que existe cierta progresión a la baja en la misma según transcurren los años desde el atentado. En concreto, se ha visto 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.

Esta cifra coincide con la prevalencia de 42,60 % que nuestro equipo (Sanz et al., 2020) estimó tras una revisión sistemática de la literatura científica sobre la prevalencia de duelo complicado en las víctimas adultas de atentados terroristas.

Estas elevadas cifras no son sorprendentes, pero sí dignas de atención, dado que los atentados terroristas reúnen todas las características que se han encontrado que predicen mayores niveles y más duraderos de psicopatología tras la muerte de un ser querido como, por ejemplo, la naturaleza violenta de la muerte, amenaza sobre la propia

vida, culpar a otros de la muerte o la espera para la confirmación de la muerte (Kristensen et al., 2012)

Tabla 3.4. Prevalencia de duelo complicado tras un fallecimiento traumático en la población española.

Autor/a y año	Muestra	Causa de la muerte	Prevalencia (%)	Tiempo desde el fallecimiento (meses)	Instrumento de medida
Iribarne et al. (2002)	*N* del grupo experimental = 127 *N* del grupo control = 52	Pérdida gestacional	Grupo experimental: 24,60 Grupo control: 19,40	Sin datos	IDC
Rodríguez et al. (2012)	107 (62,85 % eran progenitores)	Fallo multiorgánico	10,30	*M* = 22,10	Criterios de Consenso del Trastorno de Duelo Prolongado (Prigerson y MaCiejewski, 2006) (CCTP)
Ridaura et al. (2017)	*N* con pérdida involuntaria = 20 *N* con interrupción médica = 50	Muerte perinatal o postparto (28 primeros días	1 mes: 94,90 6 meses: 81,55 12 meses: 68,70 1 mes: 89,3 6 meses: 77,90 12 meses: 72,30	*M* = 12,40	Escala de Duelo Perinatal (EDP)
Terrés (2016)	217 familiares de fallecidos	Atentados terroristas	40,60	Sin datos	Sin datos

Capítulo 4

Factores de riesgo del duelo complicado

CAPÍTULO 4

FACTORES DE RIESGO DEL DUELO COMPLICADO

La literatura científica ha analizado los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado. Sin embargo, los resultados varían en función de los estudios revisados. A continuación, se recogen los factores predominantes:

- *Factores sociodemográficos.* Ser mujer (Echeburúa y Corral, 2001; Kersting et al., 2011; Lobb et al., 2010; Neria et al., 2007), joven o más mayor (Alonso-Llácer et al., 2019), o tener un nivel educativo más bajo (Lenferink et al., 2018).
- *Factores psicosociales.* Por ejemplo, una situación económica precaria o tener personas dependientes al cargo (Echeburúa y Corral, 2001; Parro-Jiménez, 2021).
- *Apoyo social.* En principio parece que actúa con un importante papel protector (Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010; Alonso-Llácer et al. 2019), aunque no todos los estudios encuentran este tipo de relación. Por ejemplo, en la revisión de Parro-Jiménez et al. (2021), se encuentra una relación negativa entre el duelo complicado y el apoyo social solo en tres estudios de los doce analizados.
- *Estrategias de afrontamiento del doliente.* La investigación ha demostrado consistentemente que los procesos de afrontamiento median el progreso del duelo. Una gran cantidad de literatura ha establecido que muchas personas en duelo utilizan estrategias conductuales de afrontamiento (p. ej., rituales, aferrarse a las posesiones) y cognitivas como la rumiación para mantener lazos, recuperar recuerdos del difunto, mostrar respeto de una manera culturalmente apropiada y

encontrar respuestas o “dar sentido” a la muerte (Breen y O'Connor, 2007; Field et al., 1999, 2003; Neimeyer, 2000; Richards et al., 1999). Por otro lado, se ha propuesto que las creencias metacognitivas de los dolientes sobre el uso de mecanismos de afrontamiento (por ejemplo, “necesito rumiar para encontrar respuestas”) pueden mantener recuerdos intrusivos persistentes del fallecido y la angustia asociada (Bennett y Wells, 2010), impidiendo la integración de la pérdida. Por lo tanto, la utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas se asocia con un mayor riesgo de sufrir duelo complicado (Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010). Concretando esto, en una revisión reciente llevada a cabo por Parro-Jiménez et al. (2021), las estrategias de afrontamiento centradas en emociones o en admitir la situación con resignación, se asociaron 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.

- *Antecedentes psicopatológicos*. Especialmente haber sufrido trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (Echeburúa y Corral, 2001). Vanderwerker et al. (2006) han demostrado también que la ansiedad por separación en la infancia predice de manera única el duelo complicado.
- *Historia previa de pérdidas o traumas.* Experimentar otras pérdidas recientes o haber experimentado muchas a lo largo de la vida y, sobre todo, cuando la reacción a ellas ha sido especialmente duradera o intensa (Echeburúa y Corral, 2001; Lobb et al., 2010; Alonso-Llácer et al., 2019)
- *Parentesco.* En general la pérdida de un cónyuge o de un hijo especialmente, están relacionadas con mayor sintomatología de duelo complicado (Fujisawa et al., 2010; Kersting et al., 2011; Bermejo et al., 2012). Mientras que otros estudios demuestran

que lo relevante es la intensidad y cercanía del vínculo, independientemente del parentesco (Lenferink et al., 2018; Parro-Jiménez et al., 2021).

- *Circunstancias que rodean a la pérdida.* Las muertes súbitas e inesperadas junto con las violentas y, especialmente, el suicidio, aumentan la probabilidad de desarrollar un duelo complicado (Echeburúa y Corral, 2001; Fujisawa et al., 2010; Lobb et al., 2010; Neria y Litz, 2004). También aquellas muertes que son inciertas, en las cuales no se ha podido visualizar a la persona fallecida, o las muertes debidas a enfermedades donde el sufrimiento del ser querido ha sido muy grande (Alonso-Llácer et al., 2019).

A lo largo de este capítulo, nos vamos a centrar en tres de estos posibles factores de riesgo: la rumiación, la metacognición (o creencias metacognitivas) y el apoyo social.

4.1 Rumiación

La rumiación se define como el pensamiento repetitivo, recurrente, pasivo y autofocalizado sobre las emociones negativas o los eventos negativos pasados, sus causas y sus consecuencias (Michael et al., 2007). A su vez, Watkins (2008) define la rumiación como un estilo de pensamiento abstracto y verbal y considera que es un factor de riesgo transdiagnóstico para problemas de salud mental. La rumiación se centraría en eventos y afectos negativos pasados, con el motivo principal de comprender mejor el mundo interior.

Es un factor que se ha asociado fuertemente con la angustia relacionada con el duelo de larga duración. Varios investigadores han encontrado asociaciones negativas

entre la rumiación y las reacciones de duelo (Bonanno et al., 2005; Morina, 2011; van der Houwen et al., 2010).

Aunque los clínicos ya habían reconocido la importancia de este tipo de pensamiento en la adaptación a la pérdida (por ejemplo, Freud, 1917/1957; Lindemann, 1944), los primeros estudios a gran escala sobre las consecuencias de la rumiación tras un duelo se llevaron a cabo a mediados de los años noventa. Estos estudios demostraron que la rumiación depresiva, es decir, aquella que se centraba de manera recurrente en los síntomas depresivos y sus causas y consecuencias, predijeron aumentos en la gravedad de la depresión después de la muerte de un familiar (Nolen-Hoeksema et al., 1997, 1994) y el inicio de un episodio depresivo después de la pérdida de un niño, incluso cuando se controló la historia psiquiátrica y las variables demográficas (Ito et al., 2003). De forma general, estos estudios apoyaban una asociación entre la rumiación depresiva y los problemas de salud mental en relación con la pérdida. Este tipo de rumiación está asociada con mayores niveles de ansiedad, depresión, duelo complicado, estrés postraumático y angustia general tras un fallecimiento (Eisma y Stroebe, 2017). En 2003, Wenzlaff y Luxton llevan a cabo el primer estudio longitudinal que probaba que la combinación de supresión del pensamiento y el estrés lleva a la rumiación depresiva, siendo sus hallazgos consistentes con la idea de que el estrés puede socavar la supresión de los pensamientos e impulsar irónicamente pensamientos disfóricos no deseados (Wenzlaff y Luxton, 2003).

En un estudio de cohorte prospectivo reciente (Eisma et al., 2022) se encontró que la rumiación depresiva era únicamente consecuencia de los síntomas psicopatológicos tras una pérdida (duelo complicado, depresión y TEPT), no mostrando también una relación recíproca. Es decir, hasta donde se sabe, ningún estudio ha demostrado aún que existan asociaciones longitudinales entre rumiación depresiva y

duelo complicado cuando se controlan los síntomas iniciales. Además, solo un ensayo controlado aleatorizado demostró que la exposición (frente a la lista de espera) reducía la rumiación depresiva (Eisma et al., 2015a).

La relación entre rumiación y el duelo complicado ya fue descrita de la siguiente forma por Prigerson et al. (2008, p. 170):

> "En contraste con los dolientes en duelo sin complicaciones, aquellos con duelo complicado están esencialmente atrapados en un estado de duelo crónico ... Gran parte de la angustia mental proviene de una protesta psicológica contra la realidad de la pérdida y una reticencia general para hacer adaptaciones a la vida en ausencia del ser querido. ... Estas personas a menudo están preocupadas por su dolor y se arrepienten de la pérdida. Sus *rumiaciones* y su incapacidad para concentrarse en cosas diferentes a su pérdida, y la sensación de estar desconectados de las personas con quienes estaban unidos antes de la muerte exacerba la sensación de alienación y aislamiento social. Los pensamientos recurrentes, intrusivos y angustiantes sobre la ausencia del fallecido dificultan que las personas con duelo complicado se muevan más allá de un estado agudo de duelo y vivan en el presente" (la cursiva es de la autora).

Por otro lado, otro tipo de rumiación, la rumiación sobre el duelo, ha ido recibiendo una atención cada vez mayor (Eisma et al., 2014b), definiéndose como un enfoque persistente y repetitivo, crónico y pasivo sobre la ocurrencia, las causas y las consecuencias de las emociones y síntomas negativos relacionados con la pérdida y el duelo (Nolen-Hoeksema, 2001), aunque en 2005 la misma autora añadiría: "El individuo revisa repetidamente los problemas y sus sentimientos acerca de los problemas, sin pasar a la resolución de los problemas".

La rumiación sobre el duelo se asocia con y predice aumentos en los niveles de depresión, TEPT, duelo complicado y angustia general en personas que han experimentado la muerte de un miembro de la familia de primer grado (Bodnar y Kiecolt-Glaser, 1994; Boelen y van den Hout, 2008; Eisma et al., 2012, 2013; Nolen-Hoeksema et al., 1994, 1997; van der Houwen et al., 2010). Por ejemplo, la rumiación fue un predictor de mal ajuste a largo plazo entre una muestra de cónyuges y padres en duelo en Estados Unidos de América (Bonanno et al., 2005). Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema (1995) llevaron a cabo un estudio prospectivo y también encontraron una asociación positiva entre el afrontamiento rumiativo y la angustia emocional en hombres homosexuales en duelo. Otro apoyo a la idea de que la rumiación puede desempeñar un papel en la dificultad para la recuperación tras un fallecimiento lo hallaron Boelen et al., (2003a) en un estudio transversal, en el cual, entre las variables cognitivas evaluadas, la rumiación fue uno de los correlatos más importantes entre duelo complicado y depresión. Michael y Snyder (2005) descubrieron que una mayor rumiación estaba relacionada con un menor bienestar psicológico entre los estudiantes en duelo. En su estudio transversal (a lo largo de diferentes períodos de duelo), surgió la rumiación como un mediador en la relación entre dar sentido a la pérdida y el bienestar, lo que sugiere que “el impacto de dar sentido en la mejora del bienestar psicológico es a través de la disminución de los niveles de rumiación que se producen como resultado de ese dar sentido” (p. 452).

Por lo tanto, hasta el momento existe una coherencia entre los estudios con respecto a una relación entre la rumiación y una peor salud mental. De hecho, se ha encontrado que la rumiación sobre el duelo es un predictor transversal y longitudinal más fuerte del duelo complicado y la gravedad de la depresión que otras formas de rumiación como la rumiación depresiva, incluso cuando se controlan los síntomas

iniciales (Eisma et al., 2012, 2013, 2014a). Un argumento que dan Eisma et al. (2015c) para este hallazgo es que todos los dolientes han experimentado una pérdida, pero no todos experimentan niveles elevados de depresión. Además, estudios con ensayos controlados aleatorizados demostraron que la exposición al duelo complicado provocaba reducciones en los niveles de rumiación (Boelen et al., 2007, 2011; Eisma et al., 2015a). Por lo tanto, la investigación apoya el papel de la rumiación sobre el duelo en la persistencia e intensificación de los síntomas del duelo y subraya la importancia de la diferenciación entre las diversas formas de rumiación en la adaptación a la pérdida (Nolen-Hoeksema, 2001; Boelen et al., 2006c).

4.1.1. Desarrollo conceptual de la rumiación

La investigación sobre los fenómenos y las manifestaciones de un duelo complicado se había concentrado previamente en diferentes procesos de afrontamiento, en concreto, en examinar cómo los procesos de negación y supresión para enfrentar las emociones negativas causaban efectos negativos. Pero Nolen-Hoeksema y su equipo, quienes realizaron los primeros estudios a gran escala sobre la rumiación en el duelo (Nolen-Hoeksema et al., 1994, 1997), se enfocaron en la "forma opuesta de afrontamiento"" a la negación/supresión, es decir, el afrontamiento rumiante, refiriéndose a este como "el polo opuesto de evitación y negación" (Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001; p. 21). La investigación de esta autora marcó un avance importante en el examen de los procesos que subyacen a las complicaciones en el duelo: desde un enfoque en la negación y la supresión, o la ausencia de trabajo de duelo, hasta el afrontamiento rumiante. Aun así, aceptaron que la evitación también era potencialmente problemática.

La interpretación de Nolen-Hoeksema ha recibido el apoyo de otros académicos en el campo del duelo. Bonanno et al. (1995, 2001, 2005) diferenciaron la rumiación de la evitación como un proceso para llegar a la aceptación de la pérdida de un ser querido. Bonanno y su equipo describieron el llamado "trabajo de duelo como hipótesis de rumiación", en el que el procesamiento detallado del duelo era visto como "una forma de rumiación que puede exacerbar en lugar de mejorar la angustia" (p. 87), señalando que "el procesamiento detallado del duelo puede [...] ser más parecido a la rumiación que un trabajo saludable" (p. 87). Así, de manera similar, el énfasis estaba en la rumiación como un enfoque de confrontación, en lugar de evitación, de los pensamientos relacionados con el duelo. Dentro de la literatura más amplia sobre cómo lidiar con los sucesos estresantes de la vida, Tait y Silver (1989) revisaron las formulaciones clásicas de rumiación, señalando que típicamente «[...] se cree que desempeñan un papel integral en el "trabajo" o el procesamiento de un evento vital negativo mediante el cual un individuo lo acepta gradualmente [...] la ocurrencia de estas rumiaciones, en alternancia con periodos de negación, permite que el individuo llegue gradualmente a tolerar dosis crecientes de aspectos angustiantes del evento» (p. 353). Nuevamente, el énfasis parece estar en la intrusión y la confrontación, no en la evitación y la supresión de los pensamientos.

De aquí surge un marco de uso frecuente para comprender los efectos negativos de la rumiación depresiva, citada anteriormente, después del duelo, que es la teoría de estilo de respuesta (RST, por sus siglas en inglés, Response Style Theory) (Nolen-Hoeksema, 2001). Según la RST, la rumiación lleva a una peor adaptación tras la pérdida de un ser querido porque: 1) enfoca repetidamente la atención en las emociones negativas, lo que hace que los pensamientos y recuerdos negativos sean más accesibles y destacados; 2) interfiere con la resolución de problemas; 3) impide el comportamiento

instrumental al no participar en actividades diarias que pueden aumentar el sentido de control y elevar el estado de ánimo, y 4) aleja el apoyo social. Todo esto aumenta el afecto negativo y prolonga la angustia relacionada con el fallecimiento. Además, la rumiación puede aumentar la autofocalización y aumentar la frecuencia de las discrepancias entre los objetivos deseados y no realizados, lo que lleva a un bucle en el que la rumiación y el afecto negativo se retroalimentan mutuamente (Watkins y Roberts, 2020).

Pero más tarde, en 2008, los autores de la RST modificaron su enfoque original para incluir un vínculo con la evitación del comportamiento creando la "hipótesis de evitación conductual". De acuerdo con esta extensión de la RST, la rumiación ayuda a los individuos a evitar el ambiente aversivo que los rodea al ocupar su atención y tiempo. La rumiación como tal no solo elimina a las personas de las situaciones aversivas, sino que también les proporciona razones para evitar el comportamiento. Como consecuencia de una menor participación en actividades sociales, ocupacionales y recreativas, el acceso a experiencias que podrían desconfirmar las creencias negativas acerca de sí mismo y de la vida están bloqueados. Esto, además, aumenta los sentimientos de desesperanza sobre la situación actual, lo que contribuye a la inactividad y el aislamiento social, alimenta las consecuencias negativas y finalmente se puede llegar a un estado de ánimo depresivo (Martell et al., 2001). A su vez, debido a que la inactividad lleva a evitar que los dolientes adquieran experiencias en ausencia de la persona fallecida, esto también puede interferir con la integración de la pérdida en el conocimiento abstracto sobre el yo y la relación con la persona perdida, contribuyendo al estancamiento del proceso de duelo (Boelen et al., 2006b).

No obstante, Nolen-Hoeksema y sus colaboradores rechazaron explícitamente la idea de que la rumiación es un proceso de evitación cognitiva, sugiriendo que los

individuos pueden intentar escapar de la rumiación mediante la supresión de los pensamientos negativos. Dicha supresión conduce lógicamente a efectos rebote, haciendo que los pensamientos negativos sean más notorios, alimentando así el pensamiento rumiativo (Erber y Wegner, 1996).

Sin embargo, otros investigadores han defendido durante mucho tiempo la idea de que la rumiación después de un evento traumático puede ser un proceso de evitación cognitiva porque se centra en por qué ocurrió el evento y en preguntas del tipo "qué hubiera pasado si", en lugar de en la experiencia del trauma como sucedió realmente. Tal evitación podría bloquear potencialmente la integración del evento traumático con otras memorias autobiográficas, manteniendo así el estrés postraumático (Ehlers y Clark, 2000). Sin embargo, esta conceptualización alternativa nunca había sido probada formalmente.

En el área del duelo, Boelen et al. (2006b), siguiendo la tradición de la TCC, argumentaron que la provocación de ciertos pensamientos y sentimientos (similar a la rumiación) puede reflejar una evitación ansiosa. De acuerdo con estos investigadores, «las estrategias para evitar la ansiedad se producen cuando los dolientes creen que confrontar la realidad de la pérdida, es decir, los sentimientos, pensamientos o recuerdos vinculados con ella, llevarán a la "locura", "pérdida de control" o a consecuencias "insoportables" y, en consecuencia, intentan evitar la confrontación con esta realidad para evitar esta amenaza». En consonancia con tales estrategias, se observó que los dolientes pueden dedicarse a evitar situaciones (lugares que el fallecido solía visitar), personas (que pueden preguntar por el fallecido) u objetos (imágenes del fallecido), todo lo cual podría provocar sentimientos o pensamientos sobre la pérdida (Horowitz, 1997; Ramsay, 1977). Estos investigadores postularon características adicionales de las estrategias de las personas ansiosas que evitan para argumentar que la rumiación es una

estrategia de evitación: 1) se involucran en estrategias cognitivas contraproducentes para desviarse de sentimientos y pensamientos no deseados; 2) hay una supresión ansiosa de recuerdos dolorosos sobre los eventos que llevaron a la muerte, y 3) se involucran en una continua reflexión acerca de sus propias reacciones o razones por las que ocurrió la pérdida (para evitar tener que admitir la pérdida y las emociones relacionadas con ella). Por lo tanto, de acuerdo con esta línea de razonamiento, la rumiación puede reflejar la evitación de la realidad de la pérdida y las emociones que están asociadas con esta realidad y, como tal, estar relacionada con el duelo complicado.

Podemos encontrar evidencias de ello en un estudio longitudinal realizado por Boelen et al. (2006a), en el que encontraron, tras un análisis factorial, que los ítems (construidos *ad hoc*) que representan la rumiación, por ejemplo, "sigo reflexionando sobre quién es el culpable de la pérdida" y los que representan la evitación del comportamiento, por ejemplo, "evito los lugares que me recuerdan al fallecido", cargaron o saturaron en un solo factor, con pesos factoriales > ,60, lo que sugiere que estos elementos de rumiación y evitación están tocando conceptos similares. También son interesantes los resultados del estudio de Nolen-Hoeksema y Harrel (2002), que encontraron que la rumiación está correlacionada positivamente con los ítems de una escala que medían la tendencia a evitar el estado de ánimo a través de comportamientos de riesgo como el consumo excesivo de alcohol.

En particular, Stroebe et al., (2007b) propusieron en su Hipótesis sobre la rumiación como evitación (RAH, por sus siglas en inglés, Rumination as Avoidance Hypothesis), que las rumiaciones crónicas sobre el sentimiento de una persona, el incidente y los problemas asociados pueden servir como una "excusa" para no enfrentar los aspectos más dolorosos de una experiencia de pérdida. Por ejemplo, si la realidad de la muerte es demasiado negativa o emocionalmente abrumadora para enfrentarla, la

rumiación puede distraer al doliente de esta realidad. Así, los altos y crónicos niveles de pensamiento rumiativo causan, por lo tanto, complicaciones en el duelo, porque impiden la aceptación de la pérdida y bloquean la integración de la pérdida con la memoria autobiográfica sobre el yo y la relación con la persona fallecida (Boelen et al., 2006b; Ehlers y Clark, 2000). Además, de acuerdo con la RAH, el afrontamiento rumiante también puede ser causado por el deseo de ser leal a la persona fallecida. Los dolientes pueden repasar continuamente el significado de la pérdida y las razones por las que se produjo la pérdida, porque no hacerlo les haría sentirse desleales con el fallecido/a. El reconocer que el ser querido nunca regresará (irreversibilidad de la separación y los sentimientos vinculados con esta realidad) implica la necesidad de seguir adelante sin él/ella, y esto puede parecer una traición, no pudiendo enfrentarse a ninguno de los dos escenarios. Para evitar esto, la persona puede involucrarse en el pensamiento contrafactual (generando alternativas imaginadas a los eventos reales) en razonamientos como "si ... entonces..." (p. ej., "si le hubiera obligado a tomar su medicina, entonces estaría aquí"). Esto también implica una estrategia de evitación, en el sentido de evitar la aceptación de la pérdida y la necesidad de vivir sin el ser querido.

Por lo tanto, este grupo de científicos afirman que la rumiación tras el duelo es más similar a la evitación que a la confrontación. Específicamente, estos resultados sugieren que la rumiación puede servir como una estrategia de evitación cognitiva o experiencial que también facilita el aislamiento social comúnmente observado en personas en duelo, alimentando así los problemas emocionales después del duelo. Como tal, dificulta el ajuste a la nueva realidad que se desarrolla después de la pérdida y prolonga el proceso de duelo.

Así, los estudios en la misma línea han identificado que algunos individuos en duelo rumian sobre los recuerdos del difunto en un esfuerzo por "dar sentido" a la

muerte (Holland et al., 2006) “llorar al fallecido/a apropiadamente” o mantener vínculos con el fallecido (Breen y O’connor, 2007; Field et al., 2003; Richards et al., 1999). Por lo tanto, se ha demostrado que la rumiación es una estrategia de afrontamiento de evitación de la ansiedad, mediante la cual los acontecimientos del pasado y los pensamientos contrafactuales (p. ej., “¿y si me hubiera quedado en casa ese día?”) son repetidos por los dolientes para evitar emociones y pensamientos relacionados con la realidad de la pérdida (Stroebe et al., 2007a; Eisma et al., 2015b).

La hipótesis de que la rumiación como pensamiento repetitivo es una forma de evitación no es específica del área del duelo, sino que también se ha demostrado en investigaciones sobre otros trastornos como la depresión (Giorgio et al., 2010), o el TEPT. Por ejemplo, Ehlers y Steil (1995) sugirieron que la rumiación puede ser una de las principales estrategias de evitación cognitiva en el TEPT crónico, en el sentido de que se centra en las experiencias que rodean el evento traumático, es decir, en por qué ocurrió el evento y en las preguntas de tipo “qué hubiese pasado si”, en lugar de en el procesamiento del evento en sí y de la experiencia del trauma como sucedió realmente. Tal evitación podría bloquear potencialmente la integración del evento traumático con otras memorias autobiográficas, manteniendo así el estrés postraumático (Ehlers y Clark, 2000). Ehlers et al., (1998) encontraron evidencia de que la rumiación es un fuerte predictor de TEPT persistente. Además, la noción de que la rumiación puede ser una evitación es paralela a la suposición de Jaycox y Foa (1996) de que un enfoque persistente en las cogniciones de ira en las víctimas de trauma puede interferir en el proceso de confrontación y procesamiento emocional del evento traumático, prolongando así la disfuncionalidad.

Además, esta interpretación de la rumiación como evitación recibe un fuerte apoyo del campo de investigación sobre la preocupación, que es otro tipo de

pensamiento repetitivo y que es definido como pensamientos e imágenes centrados en eventos orientados al futuro y sus posibles resultados negativos (Borkovec et al., 1998). Por lo tanto, la rumiación y la preocupación son componentes del pensamiento negativo repetitivo, que es un factor de riesgo transdiagnóstico de trastornos psicológicos (McEvoy et al., 2013). Se ha propuesto que este pensamiento negativo repetitivo y los déficits de control ejecutivo (p. ej., inhibición y regulación de la atención) pueden mantener la atención centrada en los recuerdos generales negativos, lo que deja lagunas en la información recordada e impide el procesamiento emocional necesario para la adaptación al duelo (Maccallum y Bryant, 2010).

Evidencias para esta posición se han ido acumulando en los últimos años con múltiples estudios, experimentos y ensayos clínicos que respaldan la asociación entre la rumiación y estrategias de evitación cognitiva, emocional y conductual después del duelo (Eisma y Stroebe, 2017). Algunos ejemplos son una encuesta transversal entre mujeres viudas supervivientes de guerra, que mostró una correlación moderada y positiva entre la tendencia a la rumiación y la evitación experiencial, definida como la evitación de experiencias internas como los recuerdos, pensamientos y sentimientos (Morina, 2011). O, en un estudio de mediación múltiple en una muestra de dolientes, la evitación experiencial y la supresión del pensamiento mediaron longitudinalmente la relación entre la rumiación sobre el duelo y el cambio en síntomas de duelo complicado (Eisma et al., 2013). Otro estudio de Eisma et al. (2014a) proporcionó la primera evidencia de una asociación (tamaño del efecto mediano) entre los niveles de rumiación y una medida comportamental (*eye-tracking*) de la evitación de la pérdida que no puede explicarse por la angustia relacionada con la pérdida. Además, expone por primera vez en una muestra de duelo, que la rumiación, tal vez para evadir experiencias emocionales

aversivas, también puede estar relacionada con la evitación de recordatorios de un evento estresante de la vida.

En resumen, la investigación empírica de Nolen-Hoeksema (2001) reveló que las personas con niveles elevados de rumiación no hacen cosas necesarias para mejorar su situación como, por ejemplo, una buena resolución de problemas, ni se involucran en conductas instrumentales efectivas, actividades cotidianas saludables, planes de acción o definición del significado en sus pérdidas. Nolen-Hoeksema argumentó que es la forma rumiativa de lidiar con el duelo lo que causa este tipo de problemas e intensifica las emociones negativas. En otras palabras, no involucrarse en aspectos como la resolución de problemas o la creación de significados fue el resultado de un afrontamiento rumiante. Mientras que, según Stroebe et al. (2007a), el afrontamiento rumiante no es una forma "opuesta" de afrontamiento a la negación o supresión, como afirma Nolen-Hoeksema, sino que más bien, la negación y la supresión son subyacentes e integrales a la adopción de un estilo de afrontamiento rumiante. Como tal, reflexionar de forma excesiva sobre los sentimientos de uno y los problemas asociados puede servir como una "excusa" para evitar el proceso presumiblemente aún más doloroso de admitir y ajustarse al fallecimiento del ser querido (trabajo de duelo). La rumiación, en una forma extrema, sería síntoma de una incapacidad o una resistencia impulsada por el miedo para enfrentar la realidad de la pérdida, y es esta incapacidad y resistencia la que causa complicaciones y no solo el afrontamiento rumiante *per se*.

Tal vez no sería demasiado difícil reconciliar la visión de estas dos autoras, de Nolen-Hoeksema y de Stroebe. Hay indicios de que Nolen-Hoeksema entendió que la rumiación reflejaba un enfoque demasiado estrecho en términos de aceptar la realidad de la muerte: "[...] las personas que se aferran a sus rumiaciones pueden estar, de alguna manera, aferradas a la persona amada fallecida de la única manera que les queda"

(Nolen-Hoeksema y Larson, 1999, p. 69). En la misma dirección, en Nolen-Hoeksema y Larson, 1999, p. 68) se afirmaba: “Algunas personas en duelo pueden ser reacias a renunciar a sus rumiaciones [...] porque representa para ellas su final y último vínculo con el fallecido”. Aunque no hay una mención explícita de la evitación, estas afirmaciones implican que se supone una falta de aceptación de la realidad de la muerte, que, como se discutió anteriormente, es un componente problemático importante en el duelo complicado.

Por último, en relación con el duelo traumático, existe evidencia que indica que los supervivientes a una muerte violenta podrían con más probabilidad recurrir a pensamientos rumiativos sobre el fallecido o lo que podrían haber hecho para prevenir que ocurriese la muerte (Higson-Smith, 2014; Smid et al., 2015; Wagner et al., 2006). También parece que las mujeres son más propensas a experimentar rumiación en sus duelos (Nolen-Hoeksema y Jackson., 2001; Nolen-Hoeksema et al., 1999), incluso controlando la variable de uso de antidepresivos (Andrews et al., 2021).

4.1.2. Rumiación como parte del duelo normal

Se ha entendido ampliamente que el duelo “saludable” o adaptativo implica trabajar a través de una pérdida de la persona fallecida, por muy doloroso que esto pueda ser, y que las personas con duelos complicados necesitan ayuda para su normalización (Stroebe, 1992). En la literatura científica, el trabajo del duelo se ha definido como un proceso cognitivo y emocional que implica confrontación y pensamientos recurrentes acerca de la persona fallecida, la experiencia de pérdida y cómo el mundo donde ahora debe vivir el doliente ha cambiado (Bowlby, 1980; Freud, 1917/1957; Lindemann, 1944; Rosenblatt, 1983; Stroebe, 1992; Wortman y Silver,

1989). Por lo tanto, el trabajo de duelo se ha entendido como un proceso de confrontación y adaptación. Experimentar la pérdida del fallecido de manera repetitiva y bastante persistente, como lo describe Bowlby (1980), se dice que ayuda a las personas a adaptarse a su pérdida. De hecho, una de las técnicas más utilizadas en el trabajo de duelo, la técnica de exposición, tiene como base esta premisa.

Pero entonces nos encontramos con que, la rumiación, que parece un fenómeno conceptualmente similar al trabajo de duelo ya que consiste en centrarse en las emociones propias y en la experiencia de la pérdida, no obstante, se ha relacionado, como hemos visto, tanto teórica como empíricamente con resultados deficientes del duelo.

Es cierto que las definiciones de trabajo de duelo suelen abarcar la confrontación de una amplia gama de inquietudes relacionadas con una muerte, mientras que la rumiación se enfoca más estrechamente en confrontar las emociones propias y repasar los problemas relacionados (Stroebe et al., 2007a), pero ¿cuál es, entonces, la diferencia entre el trabajo del duelo y la rumiación? Y, más importante aún, ¿qué procesos psicológicos hacen que la rumiación impida un buen ajuste a la pérdida?

Es importante enfatizar que la rumiación también es parte del duelo normal (Parkes, 1996; Shuchter y Zisook, 1993). La rumiación actúa como una distracción de temas emocionalmente más cargados y probablemente, al menos con moderación, es una estrategia normal y bastante funcional que se usa ampliamente en las primeras semanas o meses después del fallecimiento de la persona querida. Según Nolen-Hoeksema (2001), las puntuaciones más altas en rumiación se asociarán con una mayor angustia, mientras que solo en niveles extremos la rumiación (y la evitación asociada)

será un problema. En el caso del duelo, podríamos argumentar que lo que se podría esperar es que sea solo la rumiación extrema la que conduzca a un duelo complicado.

Según Nolen-Hoeksema (2001), las personas que rumian piensan de manera persistente y repetitiva lo mal que se sienten ("estoy tan triste, estoy tan desmotivada") y sobre las causas y consecuencias de sus sentimientos ("¿alguna vez superaré esto?"). Tal afrontamiento tiene el efecto de empeorar y alargar las emociones desagradables y de aumentar la probabilidad de que un estado de ánimo depresivo se convierta en un trastorno depresivo, por ejemplo. Parece así que las personas en duelo que rumian extremadamente son las que se "atascarán" en el proceso de duelo y serán propensas a complicaciones en éste.

En resumen, parece que la rumiación con una intensidad, frecuencia y/o duración no ajustada al contexto puede tener un papel destacado para que un proceso de duelo adaptativo se convierta en un duelo patológico.

4.1.3. Tipos de rumiación

Como ya se ha mencionado, la rumiación puede actuar como una distracción de temas emocionalmente más cargados y probablemente, al menos con moderación, es una estrategia normal y bastante funcional que se usa ampliamente en las primeras semanas o meses después del duelo (Stroebe et al., 2007b). Así pues, de esta afirmación podemos inferir que es probable que haya un tipo de rumiación adaptativa y otra desadaptativa. Pero esta hipótesis ha recibido poca atención hasta el momento.

En 2012, Eisma y su equipo crearon y validaron la Escala de Rumiación sobre el Duelo de Utrecht (UGRS, por sus siglas en inglés, Utrecht Grief Rumination Scale), una

medida desarrollada originalmente en neerlandés, pero que posteriormente validaron con una muestra británica (Eisma et al., 2014). Estos autores distinguieron varias subescalas, es decir, varios factores, componentes o subtipos de rumiación sobre el duelo:

- *Rumiación sobre el significado.* Esta subescala incluye pensamientos sobre el significado y las consecuencias de la experiencia de la muerte. Un ejemplo sería analizar el significado personal que la pérdida tiene para uno mismo.
- *Rumiación sobre las relaciones.* Esta subescala incluiría pensamientos relacionados con el apoyo social y las reacciones de los demás ante la muerte. Un ejemplo sería pensar sobre cómo nos gustaría que reaccionasen los demás ante nuestra pérdida.
- *Rumiación contrafactual.* Esta subescala incluye pensamientos contrafactuales sobre los acontecimientos que llevaron a la muerte. Este subtipo de rumiación está relacionado con ponerse en escenarios hipotéticos y constantes comparaciones repetitivas de la situación actual con otra alternativa no realizada o inalcanzable, y con preguntas del tipo *¿Y si…?* Por ejemplo, analizar si la muerte se podría haber prevenido.
- *Rumiación sobre la injusticia.* Los pensamientos incluidos en esta subescala serían aquellos enfocados a la injusticia de la muerte. Un ejemplo sería preguntarse por qué esto le ha pasado a uno mismo y no a otra persona.
- *Rumiación sobre las reacciones.* Esta subescala incluiría pensamientos sobre las reacciones emocionales propias negativas ante la muerte. Un ejemplo sería intentar analizar con precisión las propias emociones sobre la pérdida.

Eisma et al. (2015c) encontraron que la rumiación sobre las reacciones, destinada a comprender las reacciones emocionales depresivas y de duelo, era adaptativa. Por el contrario, la rumiación sobre la injusticia se caracterizó por un

pensamiento negativo, relativamente abstracto, autofocalizado en la injusticia y en comparaciones pasivas de la situación actual con alternativas no realizadas, y se relacionó más consistentemente con efectos negativos sobre la salud mental. De hecho, este patrón de resultados parece ser consistente con las teorías dominantes que sugieren que tanto la valencia (Nolen-Hoeksema et al., 2008) como el nivel de interpretación (Watkins, 2008) son importantes para comprender los efectos del pensamiento repetitivo.

Una revisión sistemática de Eisma y Stroebe (2021) sobre las estrategias de regulación emocional en el duelo complicado mostró también que la rumiación sobre la injusticia y, además, sobre las relaciones predijeron síntomas de duelo complicado más altos, mientras que, de nuevo, la rumiación sobre las reacciones emocionales propias predijo los síntomas de duelo complicado más bajos en un análisis longitudinal multivariado, controlando los síntomas basales, las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento y el neuroticismo (Eisma et al., 2015c).

Por lo tanto, parece que la especificidad del contenido de la rumiación también juega un papel en la determinación de sus resultados. Dado que la rumiación puede ser una estrategia de autorregulación destinada a reducir las discrepancias relevantes entre la situación actual y las alternativas no realizadas (Martin y Tesser, 1996), parece lógico que los individuos rumien más sobre las discrepancias más importantes para ellos. Por ejemplo, las personas deprimidas rumiarán sobre las causas y consecuencias, a menudo poco claras, de su estado de ánimo deprimido (Nolen-Hoeksema et al., 2008), mientras que la rumiación sobre un evento traumático se centra predominantemente en las causas y consecuencias de este evento vital negativo (Michael et al., 2007), y la rumiación en la ansiedad social se centra en preocupaciones sobre el desempeño en situaciones sociales (Mellings y Alden, 2000). Dado que la mayoría de las discrepancias que experimentan

los dolientes están intrínsecamente relacionadas con la experiencia de la pérdida, parece lógico que la rumiación sobre la injusticia de la pérdida se dé con mayor frecuencia y sea un predictor fuerte de la salud mental después del duelo (Eisma et al., 2015c).

De esta manera, parece importante poder discernir los tipos de rumiación o, dicho de otra forma, el contenido de los pensamientos rumiativos en los procesos de duelo, ya que no todos están asociados a complicaciones en los procesos de duelo. Sin embargo, apenas existe investigación concreta sobre esta temática, ya que la mayoría de los estudios han utilizado una medida total del constructo de rumiación o de rumiación sobre el duelo, y no ha analizado sus diferentes tipos, factores o componentes.

4.2 Metacognición

4.2.1. El modelo metacognitivo

La metacognición es un concepto desarrollado originalmente por Flavell (1979) para referirse a la conciencia del conocimiento almacenado en la memoria, a las experiencias utilizadas para guiar acciones y a las estrategias utilizadas para manejar cogniciones. Pero son Wells y Matthews (1994) quienes desarrollan el modelo metacognitivo de los trastornos psicológicos, basado en la suposición de que la atención involucra procesos que no son automáticos.

Así, para Wells (2009, 2019), la metacognición se dividiría en:

- *Conocimiento metacognitivo/creencias metacognitivas*. Conjunto de teorías y creencias que los individuos tienen acerca de sus propios pensamientos, es decir,

"qué pienso sobre lo que pienso". Se incluyen consideraciones sobre aspectos ético-morales de los pensamientos (p. ej., "no debo pensar que mi compañera no se merece ese ascenso"), sobre la amenaza de los pensamientos (p. ej., "no puedo estar imaginando en que me pongo a gritar a mi amiga") o sobre la eficacia de la memoria y atención (p. ej., "tengo muy mala memoria, tengo que apuntarme todo").

- *Experiencias metacognitivas*. Valoraciones y evaluaciones contextuales que los individuos llevan a cabo sobre sus eventos internos. Hacen también referencia a las percepciones subjetivas sobre la sensación de saber algo, de tener una cierta habilidad o capacidad para gestionar una situación. Algunos ejemplos de experiencias metacognitivas serían la sensación de acierto y de confianza (Costermans et al., 1992), la sensación de satisfacción (Efklides, 2002), la sensación de familiaridad (Nelson et al., 1998; Whittlesea, 1993) o la sensación de dificultad (Efklides et al., 1998, 1999). Pero, al ser sensaciones subjetivas y autoevaluaciones sobre los procesos internos, los límites respecto al conocimiento metacognitivo son difusos. Parece que la diferencia principal radica en el grado de estabilidad y/o accesibilidad de las evaluaciones de dichos procesos internos (Wells, 2009, 2019). Es decir, las interpretaciones o evaluaciones estables y constantes, que forman parte de la persona con independencia del momento, siendo parte de lo que podríamos considerar sus creencias nucleares, serían parte del conocimiento metacognitivo, mientras que aquellas interpretaciones o evaluaciones puntuales y contextuales, limitadas al momento en el cual los procesos internos aparecen corresponderían a experiencias metacognitivas.
- *Estrategias metacognitivas.* Conjunto de respuestas (cognitivas, emocionales y conductuales) que las personas ponen en marcha con el fin de tratar de manejar los propios pensamientos y emociones desagradables que aparecen de manera

consecuente. Algunos ejemplos de estrategias metacognitivas serían la autoevaluación, es decir, repasar el rendimiento y resultado en la ejecución de una tarea, el establecimiento de consecuencias (Zimmerman y Pons, 1986), las predicciones, la reinterpretación o reelaboración (Dinsmore y Zoellner, 2018), la supresión cognitiva (p. ej., "no pienses en el elefante rosa"; (Moritz et al., 2022), la rumiación (p. ej., "si lo hubiera hecho de otra manera esto no habría pasado"; Kolubinski et al., 2019), o la monitorización/autofocalización de estímulos internos o externos que se considerados potencialmente aversivos; Matthews y Wells, 2004).

La metacognición se refiere entonces al conocimiento estable o creencias sobre el propio sistema cognitivo, conocimiento sobre los factores que afectan al funcionamiento del sistema de procesamiento que monitorea, interpreta, evalúa y regula los contenidos y procesos de su organización (Wells, 1995). Esta conceptualización sugiere que ciertas creencias metacognitivas guían la selección de la preocupación o rumiación, por ejemplo, como una estrategia de afrontamiento, y conduce a evaluaciones negativas de éstas, denominadas metapreocupación en el caso de la preocupación (Wells, 2002).

Y dentro de este modelo general se enmarcó el modelo de función ejecutiva autorreguladora (S-REF, por sus siglas en inglés, Self-Regulatory Executive Function model) (Wells, 2002; Wells y Matthews, 1994, 1996). En este modelo, la atención a la información está relacionada con el autoconocimiento, siendo las metas y creencias de la persona las que guían los estímulos a los que atiende. Existen tres niveles de procesamiento que están involucrados: 1) procesamiento automático de los estímulos de bajo nivel; 2) procesamiento controlado de la acción y el pensamiento, y 3) un "depósito" estable de creencias sobre uno mismo (Matthews y Wells, 2000). Este modelo sugiere que el malestar psicológico resulta del mantenimiento de una creencia

percibida conscientemente, creando un sesgo atencional debido a su constante monitorización, lo que puede llevar a limitar la capacidad del individuo para procesar la información de una manera más funcional (Wells y Matthews, 1994).

De esta manera, ciertas personas tendrán dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento y serán más propensas a desarrollar el síndrome atencional cognitivo (CAS) (Wells y Matthews, 1994), ya mencionado anteriormente en el apartado 1.4.3 del capítulo 1. Es importante recordar que se ha descubierto que el CAS es un estilo de pensamiento disfuncional que intensifica y prolonga el malestar emocional y que tiene tres componentes: pensamiento negativo repetitivo (p. ej., rumiación y preocupación), monitorización de amenazas y comportamientos de afrontamiento desadaptativos (p. ej., abuso de sustancias o conductas de evitación). Estar continuamente enfocados en amenazas y factores sociales (como la economía, crianza, salud o empleo) contribuye a un alto nivel de pensamiento negativo repetitivo y a la evaluación negativa del propio afrontamiento, lo cual aumenta la sensación de vulnerabilidad y el malestar. El pensamiento negativo repetitivo mantiene la atención en estos problemas, agotando los recursos de procesamiento necesarios para volver a un pensamiento flexible y poder desarrollar otras estrategias de afrontamiento más funcionales (Wells, 2009).

Este modelo nació unido al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), ya que, en este trastorno, la preocupación normal es transformada en variedades patológicas, convirtiéndose la preocupación patológica en el foco de las valoraciones negativas. Y esto se debe a las creencias que tienen los individuos sobre la preocupación. Curiosamente, personas con altos niveles de metacognición disfuncional tienden a creer que la preocupación ayuda a prevenir eventos futuros negativos y es funcional en el sentido de que prepara para lo peor (Wells, 1999). En otras palabras, la preocupación patológica surge cuando las personas comienzan a “preocuparse sobre preocuparse”

(metapreocupación) (Wells., 1995). Por lo tanto, las personas que creen que es importante controlar sus pensamientos y prestar mucha atención a la forma en que funciona su mente pueden intensificar la relevancia de su preocupación, fortalecer la creencia de que preocuparse es peligroso e incontrolable y reforzar su tendencia a preocuparse por preocuparse. Según la hipótesis del modelo, una vez que se desarrollan estas creencias y la metapreocupación, su activación conduce a estrategias de control improductivas, como la supresión del pensamiento, e intensificación de la ansiedad (Cartwright-Hatton y Wells, 1997; Wells, 1995, 2002).

De acuerdo con Wells (2009), el componente característico del modelo metacognitivo frente a otras teorías cognitivas o cognitivo-conductuales para los trastornos psicológicos es el papel nuclear que tienen los procesos cognitivos como los que componen el CAS y las creencias metacognitivas sobre dichos procesos y otros eventos internos (p. ej., emociones, pensamientos o sensaciones fisiológicas). De esta forma, lo central para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicológicos no sería el contenido específico de las creencias o pensamientos, ya que son solo una parte más de los procesos cognitivos, sino el patrón de pensamiento, el cual, tendería a caracterizarse por ser persistente, repetitivo e inflexible. Por tanto, la importancia radica en los propios procesos del pensamiento. Sin embargo, en las creencias metacognitivas sí que sería importante su contenido, dividiéndolas en positivas o negativas, de lo cual se hablará en el siguiente apartado.

Papageorgiou y Wells (2003) quisieron poner a prueba de manera empírica el modelo metacognitivo de la rumiación en depresión, un trastorno que, como se ha ido comprobando hasta ahora a lo largo de los anteriores capítulos, tiene ciertas similitudes con el duelo complicado. A través de dos estudios, sus resultados sugerían que las creencias positivas sobre la rumiación estaban estrechamente relacionadas con una

tendencia a la rumiación en respuesta a un estado de ánimo deprimido. Además, una vez activada, la rumiación parece conducir a los síntomas de depresión, ya sea de forma directa o indirecta a través de creencias metacognitivas negativas sobre las consecuencias interpersonales y sociales de la rumiación. Sus resultados también eran consistentes con la idea de que la falta de confianza en el propio funcionamiento cognitivo puede ser un subproducto de la depresión y de creencias metacognitivas específicas y puede contribuir a una conceptualización clínica general de la experiencia depresiva. Y, fundamentándose en estos resultados, Papageorgiou y Wells (2003), sugerían que la terapia cognitiva de la depresión podría centrarse en estrategias diseñadas para modificar las creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la rumiación, como ya se hace en el tratamiento del TAG (Wells, 2002; Wells y Carter, 2001). En particular, los análisis de coste-beneficio de las creencias positivas sobre la rumiación y la reatribución verbal de las creencias negativas sobre la rumiación, especialmente aquellas relacionadas con la incontrolabilidad de la rumiación y el daño que puede causar, pueden resultar útiles en el tratamiento de la rumiación y la depresión. Además, el tratamiento podría centrarse en aumentar el control metacognitivo o la flexibilidad (Wells y Matthews, 1994). Esto se podría lograr, por ejemplo, mediante la práctica del entrenamiento de la atención (Wells, 1990, 2002).

En relación con el duelo complicado, el modelo metacognitivo propone que son las creencias metacognitivas de una persona sobre el uso de mecanismos de afrontamiento (p. ej., “necesito rumiar para encontrar respuestas”) las que mantienen recuerdos intrusivos persistentes del difunto y la angustia asociada (Bennett y Wells, 2010), impidiendo la integración de la pérdida.

Pero es cierto que el duelo complicado es un campo de trabajo donde la metacognición apenas ha sido estudiada. Al contrario que en otros trastornos como el

TAG o el TDM (Nordhal et al., 2018), como se ha nombrado anteriormente, pero también en la fobia, social (Mcevoy et al., 2009), o el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Myers y Wells, 2005).

4.2.2. Tipos de creencias metacognitivas

Las creencias metacognitivas de un individuo sustentan sus pensamientos, sentimientos y acciones en respuesta a un evento (Rees y Anderson, 2013). Y éstas se pueden dividir en categorías positivas y negativas según la valoración que hace el individuo sobre la utilidad de la creencia (Papageorgiou y Wells, 2001). Así, una creencia metacognitiva positiva se percibe como útil y adaptativa, y podría ser "estar preocupada me ayuda a detectar los problemas y resolverlos", mientras que una creencia metacognitiva negativa sería aquella relacionada con el peligro y amenaza que las personas asocian a no controlar algunos pensamientos, emociones, procesos o experiencias cognitivas, y podría ser "preocuparse es peligroso para mi salud". Estos dos tipos de creencias metacognitivas repercutirían en cómo las personas se relacionan y responden ante sus propias experiencias cognitivas, emocionales o procesos internos (p. ej., si pienso que tengo que controlar mis sensaciones de ansiedad inmediatamente para que no me dé un "ataque", esto hará que preste más atención a mis sensaciones, lo que aumentará la percepción de amenaza y, por consiguiente, mi ansiedad), lo cual sería un punto de inicio de malestar psicológico que, mantenido en el tiempo, puede llevar al desarrollo de un trastorno. Además, un individuo puede tener simultáneamente creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la misma estrategia de afrontamiento. Wells (2009) propuso que estas creencias impulsan la participación de un individuo en procesos de afrontamiento disfuncionales. Por ejemplo, en el TAG, la

preocupación se utiliza como una estrategia de afrontamiento y se mantiene mediante creencias metacognitivas tanto positivas (p. ej., "la preocupación me ayuda a prepararme para futuros eventos negativos") como negativas (p. ej., "mi preocupación está fuera de control").

Existen estudios previos que han vinculado creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la rumiación en el TDM (Papageorgiou y Wells, 2001) y la preocupación en el TAG (Cartwright-Hatton y Wells, 1997). De hecho, en relación con las estrategias metacognitivas, el modelo de Wells (2009) otorga una especial importancia a la rumiación y preocupación, concibiéndolas como estrategias metacognitivas positivas de afrontamiento. Respecto a la rumiación, Wells (2009, 2019) coincide con la visión de autores como Koole et al. (1999), Hsu et al. (2015) o Luca (2019), entendiéndola como una estrategia de afrontamiento para tratar de resolver los diferentes problemas a los que los individuos se enfrentan, y se distancia de los postulados que la conciben como un proceso únicamente desadaptativo ante situaciones estresantes, al margen de la funcionalidad que dicha rumiación tenga en el proceso (Hamilton et al., 2011; Lu et al., 2014). Por tanto, que esta estrategia metacognitiva se entienda como adaptativa o desadaptativa (desde el punto de vista de la persona) dependerá de su propio conocimiento metacognitivo, es decir, de si la persona considera que la rumiación le perjudica o le ayuda. Esto es algo que quedaría contemplado dentro del modelo de Wells (2009, 2019), puesto que indica que el conocimiento, experiencias y estrategias metacognitivas serían factores interrelacionados pero independientes entre sí.

Y para analizar las diferencias individuales en las creencias metacognitivas y probar las hipótesis de este modelo en el TAG, Cartwright-Hatton y Wells (1997) desarrollaron el Metacognitions Questionnaire (MCQ). Este cuestionario constaba de 65

ítems, con respuestas en una escala Likert de cuatro puntos. Las puntuaciones más altas indican la presencia de creencias metacognitivas más disfuncionales. El MCQ mostró propiedades psicométricas adecuadas para dichas puntuaciones. Los resultados preliminares del MCQ mostraron una estructura de cinco factores relacionados:

- *Creencias positivas sobre la preocupación (creencias positivas)*. Este factor mide el grado en que una persona cree que la preocupación es útil para solucionar problemas y para evitar situaciones desagradables. Incluye ítems que sugieren que preocuparse es una característica necesaria de una personalidad agradable y normal.

- *Creencias negativas sobre la incontrolabilidad de los pensamientos y su peligrosidad (creencias negativas)*. Este factor mide el grado en que una persona cree que sus pensamientos son incontrolables y su correspondiente peligrosidad. Este factor recoge ítems sobre la creencia de que la preocupación debe ser controlada para funcionar bien y mantenerse a salvo y, por otro lado, que es incontrolable.

- *Confianza cognitiva*. Este factor evalúa la confianza en la eficacia en los propios procesos mentales, en concreto, de la atención y memoria. Un ejemplo sería “Mi memoria me puede engañar a veces”.

- *Creencias sobre la necesidad de control*. Este factor evalúa la necesidad de controlar o eliminar algunos pensamientos. Esta subescala incluye ítems relacionados con las malas consecuencias que pueden ocurrir por tener ciertos pensamientos, relacionado con la superstición, y la sensación de responsabilidad de prevenir dichas consecuencias y su correspondiente castigo por tener o no tener ciertos pensamientos.

– *Autoconciencia cognitiva*. Este factor evalúa la tendencia a monitorizar la atención hacia los propios procesos de pensamiento. Por ejemplo, "examino constantemente mis pensamientos".

Estas subescalas del cuestionario predijeron positivamente la propensión a la preocupación, las intrusiones, los síntomas obsesivos y la ansiedad (Cartwright-Hatton y Wells, 1997).

En 2004, en un esfuerzo por generar un instrumento más breve, los autores del MCQ desarrollaron el MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2004), quedándose con solo treinta ítems pero que mostraban una estructura de cinco factores similar a la de la escala original, así como propiedades psicométricas adecuadas en diferentes estudios utilizando análisis factoriales confirmatorios y muestras de población más grandes (p. ej., Spada et al., 2008; Wells y Cartwright-Hatton, 2004).

De acuerdo con el modelo metacognitivo, estas subescalas del MCQ-30 se han relacionado con medidas de ansiedad rasgo, supresión del pensamiento y preocupación patológica (Wells, 1995; Wells y Cartwright-Hatton, 2004), y mayores niveles de ansiedad y depresión (Spada et al., 2008). El MCQ-30 también ha demostrado ser una herramienta útil para diferenciar pacientes con TAG de pacientes con otros trastornos de ansiedad y de la población general (Barahmand, 2009; Wells y Carter, 2001). Además, el cuestionario se ha utilizado con poblaciones no clínicas para analizar las implicaciones de las creencias metacognitivas en otros trastornos emocionales y trastornos psicológicos, como el TOC (Fisher y Wells, 2008; Janeck et al., 2003), el TEPT (Holeva et al., 2001), la psicosis y alucinaciones (Brett et al., 2009), el abuso de sustancias (Spada et al., 2007) y el síndrome de fatiga crónica (Maher-Edwards et al., 2011).

En la versión española del MCQ-30 (Ramos-Cejudo et al., 2013), las subescalas se asociaron positivamente con la preocupación patológica y la metapreocupación. En particular, la subescala de creencias positivas mostró la relación más fuerte con la preocupación patológica, lo que sugiere que las personas que creen que la preocupación es una estrategia de afrontamiento útil tiende a usarla para enfrentar situaciones o pensamientos que provocan ansiedad (Spada et al., 2008). En contraste, las creencias negativas de la incontrolabilidad y el peligro estaban fuertemente relacionadas con la metapreocupación. Las creencias negativas generalmente se refieren a la de sensación de "caos" mental y físico resultantes de la preocupación y se dice que generan y mantienen esta metapreocupación. Junto con las creencias negativas, otras creencias disfuncionales sobre la necesidad de controlar y atender nuestros propios pensamientos también estaban fuertemente relacionados con la metapreocupación.

Sin embargo, como se introducía anteriormente, poco se sabe sobre estas creencias en el duelo complicado. Hasta 2019, ninguna investigación cualitativa había explorado específicamente las creencias metacognitivas relacionadas con la sintomatología de duelo complicado. Son Wenn et al. (2019a), quienes entrevistando a profesionales expertos en duelo y dolientes encontraron que las personas con sintomatología de duelo prolongado tenían creencias metacognitivas positivas y negativas sobre los procesos de afrontamiento relacionados con el duelo. En línea con los trabajos previos previamente comentados sobre las creencias metacognitivas en la depresión (Papageorgiou y Wells, 2001), se vio que las personas con sintomatología de duelo prolongado tenían creencias metacognitivas positivas acerca de que el pensamiento negativo repetitivo (rumiación/preocupación) en respuesta a pensamientos, emociones e imágenes relacionadas con el duelo es una estrategia de afrontamiento útil para resolver problemas, afrontar y encontrar respuestas; creencias metacognitivas

negativas de que el pensamiento negativo repetitivo era incontrolable o podía causar daño; y creencias metacognitivas positivas sobre el beneficio de las conductas de afrontamiento (p. ej., supresión, rituales), evidenciando que las personas en duelo tienen creencias metacognitivas disfuncionales sobre los procesos de afrontamiento desadaptativos involucrados en el desarrollo y mantenimiento del duelo complicado. Este estudio también identificó creencias metacognitivas distintas de las observadas en la depresión y la ansiedad (Cartwright-Hatton y Wells, 1997; Papageorgiou y Wells, 2001). Los participantes en este estudio describieron varias expectativas sociales bien establecidas que sustentan estas creencias metacognitivas: expectativas personales para el duelo propio, expectativas sociales sobre reacciones de duelo apropiadas y expectativas culturales dominantes que restringen en lugar de apoyar el duelo (Breen y O'Connor, 2007; Costa et al., 2007; Harris, 2010). Estas expectativas podrían internalizarse (Breen y O'Connor, 2009; Kauffman, 2002) y, posteriormente, pueden llevar a las personas en duelo a involucrarse en estrategias de afrontamiento desadaptativas debido a creencias metacognitivas rígidas (p. ej., "no debo dejar de pensar en el él/ella"). El estudio identificó creencias metacognitivas positivas que podrían ser potencialmente nuevas y específicas para el duelo, tales como: la importancia de la rumiación para la preservación de los recuerdos, regulación emocional para mostrar respeto/amor por el difunto, y comportamientos de afrontamiento para evitar la realidad de la pérdida (p. ej., supresión) y para mantener una conexión y vínculo con el difunto (p. ej., el uso de objetos/rituales simbólicos). Creencias metacognitivas como estas podrían ser problemáticas, ya que pueden evitar que las personas resolvieran problemas (Wells y Matthews, 1994) que les ayudasen a enfrentar la realidad de la pérdida y acomodarla en sus vidas. Las creencias metacognitivas positivas sobre el uso de pensamientos negativos repetitivos para permanecer

conectados con el difunto o para evitar la realidad de la pérdida podrían mantener a las personas enfocadas en los recuerdos del pasado, en lugar de desarrollar estrategias de afrontamiento orientadas al futuro. Además, las creencias metacognitivas positivas que promueven el uso de la preocupación o el monitoreo de amenazas para prepararse para el futuro al enfocarse en amenazas/problemas y la supresión para evitar pensamientos, emociones e imágenes intrusivas podrían aumentar la angustia y servir para reforzar las preocupaciones de estar siendo vulnerable (de Bruin et al., 2007; Wells y Carter, 2001). También es posible que los comportamientos de afrontamiento eleven la importancia de las creencias metacognitivas. Por ejemplo, la creencia metacognitiva positiva "este ritual/objeto mantiene una conexión con mi ser querido" podría resultar en que las personas fusionen a la persona fallecida con el objeto, en lugar de ver el objeto como separado del difunto (Fisher y Wells, 2008). Las creencias metacognitivas pueden hacer que los pensamientos sean más poderosos al cambiar la emoción vinculada al pensamiento. Por lo tanto, las creencias metacognitivas sobre los procesos de afrontamiento (p. ej., pensamientos negativos repetitivos en respuesta a emociones, pensamientos e imágenes sobre la muerte) podrían intensificar y prolongar potencialmente la sintomatología del duelo, manteniendo a las personas en un estado de mayor angustia.

Para finalizar, es importante destacar que el campo de la metacognición está todavía por explotar con relación al duelo complicado. Sobre todo, si lo comparamos con el campo de la rumiación, donde ya se ha visto que incluso existe una escala de evaluación específica para medir la rumiación sobre el duelo (UGRS).

4.3 Apoyo social

Pese a que el apoyo social es una de las dimensiones más estudiadas en distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada de qué es el apoyo social. Y por ello, hay multitud de conductas aparentemente dispares entre sí que se incluyen bajo este término, ya que es un concepto complejo que incluye aspectos estructurales, funcionales, cognitivos, y con distintos niveles de análisis (De Roda y Moreno, 2001). Pero una de las definiciones más completas, dado que trata de incluir todas estas dimensiones, sería la que propusieron Lin et al. (1986), que conceptualizaron el apoyo social como aquellas provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Se ha propuesto que el apoyo social protege contra los efectos negativos de acontecimientos vitales estresantes (Peirce et al., 2000) como puede ser la muerte de un ser querido, es decir, funciona como amortiguador. Es una variable psicosocial comúnmente asociada con el bienestar y la salud. A modo de ejemplo, se ha visto que niveles más altos de apoyo social generalmente predicen una mejor salud (Broadhead et al., 1983; Leavy, 1983; Cohen y Wills, 1985; Orth-Gomér, 1994; Schoenbach et al., 1986).

Hay evidencia de que el apoyo social juega un papel clave después de la muerte de alguien querido. Una de las creencias más compartidas en la literatura sobre el duelo es que el apoyo social se encuentra entre los moderadores más importantes de los síntomas del duelo (Rando, 1993). Las investigaciones sugieren que un mayor grado de apoyo social puede funcionar como un factor protector contra el desarrollo de duelo complicado (Burke et al., 2010; Hibberd et al., 2010). Un ejemplo sería que la revisión empírica exhaustiva de Burke y Neimeyer (2013) sobre los predictores de duelo

complicado confirmó seis factores de riesgo, siendo uno de ellos el bajo apoyo social. Un estilo de apego ansioso/evitativo/inseguro, el descubrimiento o identificación del cuerpo (en casos de muerte violenta), el ser cónyuge o padre del fallecido, una alta dependencia conyugal previa a la muerte y un alto neuroticismo fueron el resto. Por lo tanto, el apoyo social parece ayudar específicamente a las personas afligidas por un duelo traumático a afrontar la angustia psicológica, mientras que su ausencia podría exacerbar las consecuencias físicas y psicológicas (Juth et al., 2015).

Sin embargo, Heeke et al. (2017) llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis sobre los correlatos del duelo complicado en adultos expuestos a una muerte violenta y encontraron que, a pesar de la importancia del entorno social para la psicopatología (Brewin et al., 2000), solo unos pocos estudios habían investigado el apoyo social, no encontrando una asociación significativa entre el apoyo social y el duelo complicado. Más concretamente, un estudio encontró una correlación positiva (Anderson, 2010), mientras que los otros estudios encontraron consistentemente correlaciones negativas (Burke et al., 2010; Kristensen et al., 2010; Rheingold y Williams, 2015; Wagø et al., 2017).

Otra revisión sistemática más reciente de Scott et al. (2020) sobre el apoyo social en el bienestar psicológico de personas en duelo también por muerte súbita o violenta encontró seis estudios sobre esta temática (Bottomley et al., 2017; Burke et al., 2010; Kristensen et al., 2010; Levi-Belz y Lev-Ari., 2019; Li et al., 2015., Spino et al., 2016) y, de nuevo, evidencia mixta sobre si el apoyo social se asociaba con una reducción del duelo complicado. El único estudio longitudinal (Bottomley et al., 2017) encontró que solo una (satisfacción con la asistencia física) de las doce variables de apoyo social se asociaba con el duelo complicado, prediciendo una mayor gravedad de los síntomas. Sin embargo, estos autores encontraron evidencia limitada pero

consistente de que recibir más apoyo social se asocia con un menor riesgo de TEPT y con un mejor bienestar psicológico después de una muerte por suicidio. También encontraron evidencia predominantemente consistente de que el apoyo social está asociado con una menor gravedad de los síntomas depresivos, pero el estudio longitudinal no encontró ninguna asociación.

Las limitaciones en este campo de estudio parecen debidas, sobre todo, a la falta de estudios longitudinales y al uso de muestras pequeñas. Como explican Scott et al. (2020), los estudios revisados, tendieron a tener un diseño exploratorio y muchos incluyeron una variedad de variables predictivas y de resultado en lugar de probar una asociación específica. Además, muchos estudios tenían una variabilidad demográfica limitada consistente en muestras predominantemente femeninas, de mayores de 30 años y, cuando se informó, de etnia blanca.

4.3.1. ¿Factor protector o factor de riesgo?

Una consideración importante es si el apoyo social se percibe, definido como la creencia de que el apoyo está disponible en la propia red social, o se recibe, lo que se refiere a intercambios de apoyo reales entre el doliente y otros en su red. Rando (1993) argumentó que es la percepción que tiene el doliente del apoyo social lo que determina el grado de los problemas que puede conllevar el duelo, no la recepción objetiva de apoyo.

Las investigaciones sobre el duelo sugieren que la soledad y el apoyo social inadecuado son comunes, lo que genera preocupaciones sobre los riesgos para la salud mental, física y emocional de los dolientes (Stroebe et al., 2007b; Van der Houwen et

al., 2010). Por ejemplo, algunos investigadores han encontrado una relación entre la soledad y los síntomas depresivos posteriores al duelo, lo que aumenta la carga global de enfermedades mentales (Fried et al., 2015). En concreto tras una pérdida traumática, los dolientes reportan sentir estigmatización y reacciones insensibles que apuntan a un entorno social potencialmente dañino (Feigelman et al., 2009; Peters et al., 2016).

Como explican Djelantik et al., (2018), una persona en duelo puede percibir una falta de apoyo social por varios motivos. En primer lugar, es comprensible que un ser querido haya muerto y que un recurso importante que podría ser capaz de proporcionar apoyo social a la persona en duelo ya no esté disponible. En segundo lugar, quizás otros posibles proveedores de apoyo social, como familiares o amigos cercanos, estén de luto y, por lo tanto, estén menos disponibles para apoyar al individuo que está afrontando los síntomas de duelo complicado. En tercer lugar, los síntomas característicos del duelo complicado incluyen, por ejemplo, “dificultad para confiar en las personas” y “sentirse distante con los demás”. Naturalmente, estos sentimientos impactan en la forma en que el individuo en duelo percibe el apoyo social. En resumen, se sugería que la falta de apoyo social podría potenciar el desarrollo de síntomas de duelo complicado.

Utilizando una descripción cualitativa y un análisis de contenido, un estudio reciente (Cacciatore et al., 2021) destacó que muchas personas en duelo experimentan insatisfacción con el apoyo social de una variedad de “actores”, a pesar de la mayor necesidad de apoyo en el duelo y el alto riesgo de problemas emocionales, mentales. y efectos físicos. Más de un tercio de la muestra de este estudio calificó el nivel de apoyo social que recibieron después de la pérdida como excelente o bueno, y el 38 % lo calificó como deficiente o muy deficiente. Los “actores” específicos que brindaron apoyo social bueno o excelente en más del 50 % de la muestra incluyeron animales, grupos de apoyo, consejeros o terapeutas y amigos, mientras que el porcentaje fue

inferior al 50 % para familiares, líderes religiosos, colegas y miembros de la comunidad. Estos autores definieron el apoyo emocional como estar presente y mantener un espacio para el doliente, más específicamente, basado en escuchar y permitir el duelo sin ningún juicio, estereotipo o prisa. Esto significa estar disponible para el doliente, pasar tiempo con él, centrarse en sus necesidades y no imponer un límite de tiempo al duelo. Los actos de preocupación emocional se podían expresar recordando a la persona que murió, reconociendo fechas importantes y entablando una comunicación emocionalmente sensible. Por lo tanto, no es simplemente la cantidad de contacto con familiares y amigos lo que equivale a un buen apoyo social, sino también la calidad de la conexión, siendo muy apreciada la presencia de apoyo emocional y las expresiones de cariño para los dolientes de este estudio.

Estos hallazgos se hacen eco de otros anteriores que informan una discrepancia entre el tipo de apoyo social ofrecido y lo que desea la persona en duelo (p. ej., Holmgren, 2019), o que el efecto del apoyo social puede depender de la fuente del apoyo (p. ej., Ogrodniczuk et al., 2002). Las "experiencias interpersonales insatisfactorias" en las que están inhibidas las expresiones relacionadas con la perdida, pueden llevar a las personas en duelo a sentirse sin apoyo, incomprendidas y alienadas, lo que lleva a una mayor angustia (Juth et al., 2015, p. 131). En este mismo estudio, las restricciones sociales predijeron un ajuste psicológico más pobre y estos resultados adversos de salud pueden obstaculizar el tipo de procesamiento cognitivo que es esencial para transitar adecuadamente una pérdida, particularmente en pérdidas no naturales.

Por eso puede ser importante evaluar el nivel de apoyo que las personas perciben en sus redes sociales y centrarse en ayudar a educar a quienes están alrededor de las personas en duelo para que sean más receptivos a las necesidades emocionales de los

dolientes y para que los modelos pedagógicos y prácticos promuevan y enseñen conductas de apoyo emocional.

Esto resalta que la falta o la inadecuación del apoyo social es un factor de riesgo modificable, y que la intervención podría centrarse en fortalecer la integración social de los dolientes. Por suerte, actualmente se están desarrollando y aplicando terapias fundamentadas empíricamente que persiguen dichos objetivos (p. ej., Iglewicz et al., 2019; Lenferink et al., 2023). Además, esta integración social puede guiar el desarrollo de intervenciones secundarias o terciarias. Por ejemplo, sabiendo que un apoyo social inadecuado plantea riesgos para la adaptación al duelo (Burke et al., 2010), los profesionales de la salud en contextos del final de la vida podrían evaluar el apoyo social de las familias antes de que comience el duelo, fomentando la intervención preventiva.

4.3.2. Apoyo social y rumiación

Durante el proceso de duelo, el apoyo emocional de los demás probablemente consista en oportunidades para discutir la pérdida y sus consecuencias, fomentando así las posibilidades de procesar lo que está sucediendo, mejorando el bienestar. Por lo tanto, una rumiación funcional y adaptativa puede dar lugar a la búsqueda de apoyo y espacios de desahogo.

Se ha visto que las tendencias rumiativas promueven comportamientos de acercamiento y búsqueda de ayuda, construyendo redes de apoyo social cruciales que pueden ayudar a contrarrestar una sensación de soledad comúnmente informada entre los dolientes. Por lo tanto, puede haber una utilidad social de la rumiación en los duelos,

ya que los dolientes que se sintieron apoyados en sus experiencias y expresiones emocionales informaron de una disminución en su angustia subjetiva. Sin embargo, lo inverso también parece cierto: los dolientes que no fueron bien respaldados en su expresión emocional experimentaron más angustia subjetiva (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). Sin embargo, también se ha informado que buscar apoyo en Internet durante el duelo tiene posibles desventajas, como un posible aumento del pensamiento reflexivo y la angustia (Stroebe et al., 2008)

En un estudio realizado por van der Houwen et al. (2010) se encontró que las personas en duelo con bajo apoyo social rumian más, lo que daba lugar a una mayor sintomatología de duelo complicado y una reducción del compromiso social, afecto positivo y estado de ánimo.

Por lo tanto, parece que puede ser difícil encontrar un equilibrio adecuado entre el apoyo social y la rumiación. Quizá la clave tenga que ver con la magnitud o intensidad de la rumiación, y, por lo tanto, con su disfuncionalidad. Como se comentaba en el apartado 4.1.2 del capítulo 4, a mayores niveles de rumiación, mayor angustia referida en el duelo complicado. Por lo tanto, personas en duelo con unos niveles moderados de rumiación pueden buscar apoyo social y beneficiarse de éste. Mientras que, aquellas personas con unos niveles más elevados de rumiación puedes tender al aislamiento social. Es importante destacar que la autora de la presente tesis no ha encontrado investigaciones que hayan evaluado específicamente las relaciones entre ambas variables en el duelo, por lo cual se llevan a cabo estas suposiciones sobre la base de la literatura científica existente. Sí que existe, sin embargo, alguna investigación que ha estudiado esta asociación en otros trastornos como la depresión. Por ejemplo, los resultados del estudio de Nolen-Hoeksema et al. (1994) sugerían que la personas con peor apoyo social y, por lo tanto, más aisladas, eran más propensas a tender a un estilo

de afrontamiento de rumiación depresiva. Y fue interesante que el bajo apoyo social se relacionó con la depresión sólo a través de su relación con la rumiación depresiva; no hubo ningún efecto directo del escaso apoyo social sobre la depresión. Por lo tanto, sus hallazgos sugerían que las personas que están socialmente aisladas pueden tener más oportunidades de rumiar.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 5

Objetivos de la parte empírica

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS DE LA PARTE EMPÍRICA

Como se ha ido exponiendo a lo largo de la parte teórica de esta tesis doctoral, a la hora de explicar por qué un proceso natural como es el duelo se vuelve patológico, es decir, se convierte en duelo complicado, es importante entender el papel de diferentes factores cognitivos, emocionales, psicosociales y relacionados con el fallecimiento del ser querido. En la presente tesis doctoral, se ha querido abordar el papel de algunos de esos factores, a saber, el papel de la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y las circunstancias de la muerte, en particular si el fallecimiento del ser querido había ocurrido por causas naturales (edad o enfermedad) o por un evento traumático.

Teniendo en cuenta la investigación con la que se cuenta hasta ahora y que se ha revisado en la parte teórica de esta tesis doctoral, investigación que se limita, por un lado, al papel sobre todo de la rumiación, del apoyo social o de las circunstancias del fallecimiento, pero mucho menos al papel de la metacognición y aún menos a su papel en el contexto de las restantes variables y, por otro lado, a los resultados obtenidos mayoritariamente en estudios transversales, parece necesario llevar a cabo nuevos estudios para examinar la relevancia que dichos factores pudieran tener en el desarrollo y el mantenimiento del duelo complicado solventando, en la medida de lo posible, algunas de esas limitaciones.

En esta línea, se llevaron a cabo tres estudios relacionados en la presente tesis doctoral. El objetivo principal del Estudio 1 fue examinar, desde una perspectiva

categorial, la relación de los factores de interés comentadas anteriormente (y sus componentes en el caso de la rumiación sobre el duelo y la metacognición) con el duelo complicado. Para ello y mediante un diseño transversal de comparación de grupos, se comparó, por un lado, los dolientes que presentan un duelo normal, es decir, no patológico, con los dolientes que presentan un duelo complicado y, por otro lado, los dolientes que presentan un duelo complicado después de un fallecimiento natural o no traumático con los dolientes que presentan un duelo complicado después de un fallecimiento traumático.

El análisis desde una perspectiva categorial de la relación del duelo complicado con la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento, como es el análisis llevado a cabo en el Estudio 1, es muy intuitivo y útil para explorar la relevancia clínica de los resultados que se obtengan, pero tiene el inconveniente de que, al dicotomizar una de las variables de interés, a saber, el duelo complicado, se pierde potencia estadística para descubrir relaciones estadísticamente significativas entre el duelo complicado y el resto de las variables de interés.

Para solventar esta limitación de la perspectiva categorial, se llevó a cabo el Estudio 2, en el cual también se analizó, con la misma muestra de dolientes que en el Estudio 1, la relación del duelo complicado con la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento, pero esta vez desde una perspectiva dimensional sintomatológica, en particular, mediante un diseño correlacional transversal y un análisis de regresión múltiple. Este último tipo de análisis tenía como objetivo examinar la relación de la sintomatología de duelo complicado disfuncional con cada una de las variables cognitivas, sociales y relacionadas con el fallecimiento anteriormente mencionadas, pero controlando el efecto

de las restantes. La variable de duelo complicado disfuncional es una variable creada *ad hoc* para la presente tesis doctoral, con la que, a través de un análisis factorial, se pretendió crear una variable que recogiese a la vez la sintomatología de duelo complicado y el deterioro en el funcionamiento que puede causar dicha sintomatología, pudiendo parecerse lo máximo posible a una variable con relevancia clínica.

Finalmente, para intentar esclarecer en mayor medida si existían relaciones causales entre las variables objeto de estudio y la sintomatología de duelo complicado disfuncional, y así poder dar una mayor robustez a los resultados encontrados en los Estudios 1 y 2, se llevó a cabo un tercer estudio con un diseño longitudinal de carácter correlacional-predictivo. En el Estudio 3 se evaluó por segunda vez a la misma muestra de dolientes que participó en los Estudios 1 y 2, en concreto, entre dos y tres meses después (T2) de la primera evaluación (T1), con el objetivo de examinar si la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento en el primer momento de evaluación (T1) predecían de forma significativa el nivel de duelo complicado disfuncional entre dos y tres meses después (T2), controlando, además, el nivel previo de duelo complicado disfuncional (T1).

Capítulo 6

Estudio 1

CAPÍTULO 6

ESTUDIO 1

Como se comentaba en el capítulo anterior, el objetivo principal del Estudio 1 fue examinar, desde una perspectiva categorial, la relación con el duelo complicado de la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido. Este último factor remite a la distinción, planteada en la literatura científica y comentada en un capítulo 1 de esta tesis doctoral, entre el duelo complicado y el duelo traumático.

La cuestión de la existencia de un duelo traumático (es decir, un duelo complicado tras un fallecimiento por causas traumáticas) como distinto de un duelo complicado (es decir, un duelo complicado tras un fallecimiento por causas naturales) tendría sentido si, por ejemplo, se confirmaran al menos las siguientes líneas de investigación:

– El perfil sintomatológico del duelo complicado fuera diferente tras un fallecimiento traumático que tras un fallecimiento no traumático. Por ejemplo, se podría suponer que, dada la naturaleza violenta, repentina e inesperada de un fallecimiento traumático, los recuerdos intrusivos sobre el fallecido, la incredulidad o negación del fallecimiento o la pérdida de seguridad o control sobre la vida tuvieran mayor peso en el duelo traumático y que, por tanto, la configuración sintomática del duelo complicado en personas que han sufrido un evento traumático fuera distinta que en los dolientes que han perdido un familiar por causas no traumáticas Esta es una cuestión que prácticamente no se ha abordado en la literatura científica, pero, en un

estudio muy reciente de nuestro equipo de investigación (Jiménez-Prensa et al., 2023) en el que comparamos las diferencias sintomatológicas entre dolientes con duelo complicado que habían perdido a un ser querido en un atentado terrorista (duelo traumático) y dolientes con duelo complicado, pero que habían perdido a un ser querido por edad o enfermedad, encontramos que, aunque este tipo de muerte traumática incrementó la gravedad de las reacciones de duelo y la probabilidad de sufrir duelo complicado, este duelo complicado era similar sintomatológicamente al que sufrían las personas que habían experimentado una muerte no traumática, al menos respecto a la sintomatología de duelo complicado y de TEPT. Por tanto, al menos sobre la base de los resultados de ese estudio, no se podría hablar de un duelo complicado traumático como diferente al duelo complicado, si bien es cierto que esta línea de investigación requiere mayor investigación.

- Entre los dolientes con duelo complicado, los síntomas de duelo complicado guardaran una relación diferente con los síntomas del TEPT o con los síntomas del TDM tras un fallecimiento traumático que tras un fallecimiento no traumático. Dado que, tras un acontecimiento traumático, muchas personas pueden sufrir TEPT o TDM, cabría suponer no solo que se encontrara una mayor comorbilidad del duelo complicado con estos trastornos tras un fallecimiento traumático que tras un fallecimiento no traumático (véase el capítulo 1), sino que, entre los dolientes con duelo complicado, la relación que guardasen los síntomas de duelo complicado, TEPT y TDM fueran diferentes en función de la naturaleza traumática del fallecimiento. Que se sepa, no hay ningún estudio publicado que haya abordado directamente esta segunda línea de investigación.

- Los factores de riesgo para el duelo complicado fueran diferentes tras un fallecimiento traumático que tras un fallecimiento no traumático, es decir, que más

allá de la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido, los otros factores implicados en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación del duelo complicado fueran distintos en el caso de una muerte traumática y no traumática. De nuevo, que se sepa, no hay ningún estudio publicado que haya abordado directamente esta tercera línea de investigación.

En este contexto, un objetivo secundario del Estudio 1 de la presente tesis doctoral fue examinar esa tercera línea de investigación, en concreto, si los factores cognitivos de la rumiación sobre el duelo y la metacognición, como posibles factores de mantenimiento o exacerbación de los síntomas del duelo complicado, desempeñan un papel distinto tras una muerte traumática que tras una muerte no traumática. En este sentido, hay que señalar que la rumiación y la metacognición disfuncionales también se han identificado como factores de vulnerabilidad para el TEPT (Elwood et al., 2009; Szabo et al., 2017), por lo que cabría suponer que esos dos factores cognitivos de vulnerabilidad tendrían un peso diferencial en el duelo complicado tras un fallecimiento traumático en comparación al duelo complicado tras un fallecimiento no traumático, lo que redundaría en la idea de que el duelo traumático es un fenómeno psicopatológico distinguible del duelo complicado.

6.1 Objetivo

El objetivo general de este primer estudio fue examinar la relación que guarda el duelo complicado con los siguientes factores que, según las diferentes teorías y modelos revisados en la parte teórica de esta tesis doctoral, podrían ser factores de riesgo o protección para el duelo complicado: la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido, así como los

diferentes componentes o tipos de rumiación sobre el duelo y de metacognición. Para alcanzar ese objetivo general, se adoptó una perspectiva categorial y se comparó, en primer lugar, un grupo de dolientes con duelo normal/no patológico, al que se denominará a partir de ahora *duelo normal*, y un grupo de dolientes con duelo complicado, al que se denominará a partir de ahora *duelo complicado*, en cuanto a sus niveles de rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social y en cuanto a cada uno de los componentes o tipos de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

En segundo lugar, y para examinar el papel de la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido y la posible existencia de un duelo traumático, se comparó un grupo de dolientes con duelo complicado después de un fallecimiento no traumático, al que se denominará a partir de ahora *duelo complicado no traumático*, y un grupo de dolientes con duelo complicado después de un fallecimiento traumático, al que se denominará a partir de ahora *duelo complicado traumático*, en cuanto a sus niveles de rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social y en cuanto a cada uno de los componentes o tipos de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

6.2 Hipótesis

- Hipótesis 1: Los dolientes con duelo complicado (independientemente de las circunstancias de la muerte) mostrarán niveles más elevados de rumiación sobre el duelo y metacognición disfuncional y niveles más bajos de apoyo social que los dolientes con duelo normal.
    - Hipótesis 1a: Los dolientes con duelo complicado (independientemente de las circunstancias de la muerte) mostrarán niveles más elevados de rumiación sobre el duelo que los dolientes con duelo normal.

- Hipótesis 1b: Los dolientes con duelo complicado (independientemente de las circunstancias de la muerte) mostrarán niveles más elevados de metacognición disfuncional que los dolientes con duelo normal.
- Hipótesis 1c: Los dolientes con duelo complicado (independientemente de las circunstancias de la muerte) mostrarán niveles menores de apoyo social que los dolientes con duelo normal.

– Hipótesis 2: Los dolientes con duelo complicado traumático mostrarán niveles más elevados de rumiación sobre el duelo y metacognición disfuncional y niveles más bajos de apoyo social que los dolientes con duelo complicado no traumático:
  - Hipótesis 2a: Los dolientes con duelo complicado traumático mostrarán niveles más elevados de rumiación sobre el duelo que los dolientes con duelo complicado no traumático.
  - Hipótesis 2b: Los dolientes con duelo complicado traumático mostrarán niveles más elevados de metacognición disfuncional que los dolientes con duelo complicado no traumático.
  - Hipótesis 2c: Los dolientes con duelo complicado traumático mostrarán niveles menores de apoyo social que los dolientes con duelo complicado no traumático.

6.3 Método

6.3.1. Participantes

Para este primer estudio se contó con una muestra de 480 participantes, cuya edad oscilaba entre los 18 y 89 años (M = 47,07; DT = 20,14). En las tablas 6.1 y 6.2 pueden consultarse las características sociodemográficas de la muestra, así como las

características relacionadas con los fallecimientos de seres queridos que habían sufrido los dolientes.

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de los participantes del Estudio 1.

Característica	***N* (%) o *M* (*DT*)**
Sexo, *N* (% de mujeres)	285 (59,50)
Edad en años, *M* (*DT*)	47,07 (20,14)
Estado civil, *N* (%)	
Casado	208 (43,30)
Soltero	163 (34,10)
Divorciado/separado	45 (9,30)
Viudo	41 (8,50)
Conviviendo con pareja estable	23 (4,80)
Situación laboral, *N* (%)	
Trabajando contratado	175 (36,50)
Estudiante	96 (20,00)
Jubilado	88 (18,30)
Trabajando por cuenta propia	34 (7,10)
Estudiante y trabajador	32 (6,60)
Ama/o de casa	31 (6,50)
En paro	24 (5,00)
Estudios de mayor nivel, *N* (%)	
Bachillerato/Formación Profesional	223 (46,50)
Universitarios	129 (26,90)
Primarios/secundarios	112 (23,30)
Ninguno	16 (3,30)
Nacionalidad, *N* (% españoles)	454 (93,06)

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica.

Merece la pena destacar la heterogeneidad de la muestra. Así pues, la edad media (47,07 años) es parecida a la edad media de la población española en 2022 (44,07

años; Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022). Lo mismo sucede en cuanto a la distribución del sexo, ya que el porcentaje de mujeres en la presente muestra fue de 59,50 %, también parecido al de la población general española en 2022 (INE, 2022). Podemos observar también la amplia heterogeneidad de la muestra en cuanto a su estado civil, situación laboral y nivel de estudios. Esta heterogeneidad es de gran importancia, puesto que su ausencia suele constituir una de las principales limitaciones de las investigaciones a la hora de poder generalizar los resultados encontrados.

Tabla 6.2. Características en relación con el fallecimiento de su ser querido de los participantes del Estudio 1.

Característica	***N* (%) o *M* (*DT*)**
Sexo del fallecido, *N* (% de mujeres)	214 (44,90)
Edad del fallecido, *M* (*DT*)	61,22 (24,24)
Número de seres queridos fallecidos, *M* (*DT*)	3,67 (3,48)
Años desde el fallecimiento, *M* (*DT*)	14,02 (14,46)
Parentesco, *N* (%)	
Padre/madre	173 (36,20)
Abuelo/abuela	127 (25,80)
Otros	85 (18,20)
Hermano/a	47 (9,80)
Pareja	34 (7,10)
Hijo/a	14 (2,90)
Causa de la muerte, *N* (%)	
Enfermedad	239 (50,20)
Edad	66 (13,90)
Accidente	57 (12,00)
Muerte súbita (antes de los 65 años)	42 (8,80)
Suicidio	27 (5,70)
Infarto o ictus (antes de los 55 años)	20 (4,20)
Otras	23 (4,00)
Violencia física	4 (,80)
Atentado terrorista	2 (,40)

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica.

Como se puede observar en la tabla 6.2, algo más de la mitad de los dolientes de la muestra (56 %) eran familiares de primer grado de las personas fallecidas. La media de años entre el fallecimiento del ser querido y la realización de la evaluación psicológica fue de 14,02 años (*DT* = 14,46), por lo que se considera que es una evaluación del duelo

complicado muy a largo plazo. La media de fallecimientos de seres queridos que los participantes habían sufrido a lo largo de su vida fue de 3,67 personas (*DT* = 3,48).

En relación con la causa de la muerte, más de la mitad de los seres queridos de la muestra fallecieron a causa de una enfermedad o edad (64,10 % en total), fallecimientos que se consideraron en este estudio como muertes naturales o no traumáticas. Mientras que el resto de las circunstancias de la muerte recogidas en la tabla 6.2 se consideraron traumáticas. Así, y analizando detalladamente la categoría *Otras* en la que se recogían diversas causas, traumáticas y no traumáticas, como, por ejemplo, muerte por sobredosis, el fallecimiento por muerte traumática constituyó un 32,90 %. Además, la muerte de un/a hijo/a se ha categorizado en cualquier caso como traumática, pese a que la causa fuese en algunos de los casos por enfermedad, dado que, por ejemplo, el caso de edad más elevada de ese hijo fue de 48 años, y se ha considerado que la muerte de un/a hijo/a siempre es considerada prematura, antinatural, y, por ende, traumática, acorde también al criterio de Rando (1993) sobre la categorización de muertes traumáticas.

El motivo de establecer un límite de edad a dos de las causas de muerte recogidas, en concreto a haber sufrido una muerte súbita o un infarto o ictus se debe a que se recibieron varias evaluaciones en las cuáles los participantes habían establecido, por ejemplo, que un familiar había fallecido a causa de muerte súbita con 90 años o edades elevadas y entendemos que, a estas edades, un fallecimiento, aunque sea repentino, responde más a la edad o una enfermedad no diagnosticada, y no se vive de manera tan traumática ya que, en cierta medida, es esperable.

Se estableció la edad de 55 años respecto a fallecer debido a un infarto o ictus ya que se ha comprobado que a partir de esta edad comienza a aumentar la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular (Lindroos et al., 1993). En relación con el criterio

de los 65 años por fallecer por muerte súbita, es decir, de forma repentina y sin que haya una causa clara, el motivo de establecer esa edad como punto de corte tiene que ver con el hecho de que las personas a partir de los 65 años pasan a formar parte de la categoría "tercera edad" y también puede cambiar esta percepción de que sea una muerte más esperable (Fernández, 2009).

Por último, y dada la importancia que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en la incidencia del número de fallecimientos en España y, por ende, de dolientes, se consideró interesante conocer qué fallecimientos ocurrieron durante dicha pandemia, ya que, además, la presente tesis doctoral se ha desarrollado durante dicho periodo de tiempo. Solo el 5,42 % (n = 26) de los fallecimientos ocurrieron en 2020 y tan solo el 1,46 % (n = 7) en 2021, por lo que, en todo caso, el número de fallecimientos por la COVID-19 que pudieron vivir los dolientes que participaron en esta investigación fue muy pequeño (n = 32, 6,88 %). Sin embargo, es importante destacar que no se posee una información precisa sobre si esos fallecimientos ocurridos en 2020 o 2021 fueron efectivamente causados por la COVID-19, ya que esta no era una causa diferenciada de la muerte de sus seres queridos que los dolientes pudiesen elegir a la hora de completar los instrumentos de evaluación (en el apartado siguiente, el 6.2.3, se explica detalladamente). No obstante, nueve personas, tras elegir la categoría de "otros" para indicar la causa del fallecimiento, sí especificaron que la COVID-19 era esa otra causa, por lo que, nueve de esos 37 fallecimientos ocurridos en 2020 o 2021 fueron los que efectivamente se debieron a la COVID-19, cifra probablemente infraestimada debido a lo anteriormente comentado.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la muestra, cabe indicar los siguientes:

- Criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años; 2) haber sufrido la muerte de una persona significativa, y 3) ser hispanohablante.
- Criterio de exclusión: presentar alguna patología o condición mental y/o física que imposibilite la cumplimentación de la evaluación psicológica (p. ej., estar bajo los efectos de sustancias, padecer un trastorno mental grave —esto es, del espectro psicótico, bipolar o de la personalidad—, un trastorno del desarrollo o un trastorno neurodegenerativo).

6.3.2. Variables e instrumentos

- *Características sociodemográficas y características del duelo y de los fallecimientos*

  Cuestionario *ad hoc* para recoger la siguiente información:

  - Características sociodemográficas:
    1) Edad, que debía ser respondida indicándola con dos dígitos.
    2) Nacionalidad, que debía escribirse.
    3) Sexo, eligiendo entre "hombre", "mujer" u "otro".
    4) Estado civil, eligiendo entre "casado", "viudo", "divorciado/a, "separado/a", "soltero/a" o "conviviendo con pareja estable".
    5) Situación laboral, que se separaba en "trabajando contratado", "trabajando por cuenta propia", "en paro", "estudiante", "estudiante y trabajador", "ama/o de casa" o "jubilado/a.
    6) Nivel de estudios de más alto nivel completados, que se dividió en "ninguno", "primarios", "BUP/COU/bachillerato", "formación

profesional", "diplomatura, licenciatura o grado", "máster" o "doctorado".

7) 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".

   El motivo de estas preguntas era poder excluir aquellas personas que refiriesen tener un trastorno mental grave.

8) Preguntas sobre la experiencia durante la COVID-19, las cuales no son relevantes para los objetivos de este estudio.

- Información relacionada con el duelo. Se les pedía a los participantes que eligiesen el fallecimiento que les hubiese causado un mayor impacto y afectación emocional a lo largo de su vida, y que contestasen al resto del cuestionario centrándose en esa persona:

  1) Número de seres queridos fallecidos a lo largo de su vida, que debía escribirse.
  2) Sexo de la persona fallecida, eligiendo entre "hombre "o "mujer".
  3) Edad de la persona elegida cuando falleció, que debía ser respondida indicándola con dígitos.
  4) Tiempo desde el fallecimiento, que debía escribirse.
  5) Grado de parentesco con la persona fallecida, eligiendo entre "padre/madre", "pareja", "hermano/a" u "otros (especificar)".

6) Causa del fallecimiento, eligiendo entre “infarto/ictus”, “muerte súbita”, “atentando terrorista”, “desastre natural”, “accidente de vehículo, doméstico, laboral, …”, “violencia física (por ejemplo, asesinato)”, “suicidio” u “otros (especificar)”.

- *Sintomatología de duelo complicado.* Se utilizó la adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado (IDC; Prigerson et al., 1995b; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009). Es el instrumento más comúnmente utilizado para identificar los niveles clínicos de síntomas de duelo complicado. La versión española consta de 19 afirmaciones sobre la frecuencia e intensidad de pensamientos y comportamientos relacionados con el duelo con cinco opciones de respuesta, desde 0 (nunca) a 4 (siempre), 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 et al., 1995b) como en su adaptación al castellano (alfa de Cronbach = ,88; fiabilidad test-retest = ,81; Limonero et al., 2009).

  En la presente muestra de dolientes, el IDC obtuvo un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) de ,910, que según los estándares psicométricos propuestos por Hernández et al. (2006) se consideraría un índice de fiabilidad excelente (≥ ,85).

- *Grado de inadaptación.* Se aplicó la Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa et al., 2000). Esta escala refleja en qué medida los problemas psicológicos afectan a las diferentes áreas de la vida diaria: trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Cuenta con cinco ítems específicos, uno referido a cada área y un sexto ítem global, que refleja el grado de inadaptación general. Cada uno de ellos oscila de 0 (nada) a 5 (muchísimo) en una escala de tipo Likert. El rango es de 0 a 30 por tanto, y cuanto mayor es el valor de esta escala, mayor es el grado de inadaptación. Con respecto a los criterios de calidad psicométrica, este cuestionario presenta un excelente índice de fiabilidad (alfa de Cronbach = ,94).

  La EI, en la presente muestra de dolientes, obtuvo un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) de ,918, considerándose excelente, de acuerdo con los estándares psicométricos propuestos por Hernández et al. (2006).

- *Rumiación sobre el duelo*. Para evaluar los niveles de rumiación se utilizó la Escala de Rumiación sobre el Duelo de Utrecht (Utrecht Grief Rumination Scale) o UGRS (Eisma et al., 2014b), una escala desarrollada para medir específicamente la rumiación en las personas en proceso de duelo. Hoy en día no existe una adaptación al castellano de esta medida de autoinforme, por lo cual se utilizó la traducción y retrotraducción que llevó a cabo Camacho (2018) a partir de las directrices marcadas por la Comisión Internacional de Test (Muñiz et al., 2013).

  La UGRS consta de 15 ítems en los cuales los participantes deben indicar con qué frecuencia han experimentado ciertos pensamientos durante el último mes, en una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (muy frecuentemente), y está compuesta por las cinco subescalas ya comentadas previamente en el capítulo 4: significado, relaciones, contrafactual, injusticia y reacciones. Se puede obtener una puntuación total sumando las subescalas. En su validación llevada a cabo por Eisma et al.

(2014b), la UGRS presentó una excelente consistencia interna, con un índice de fiabilidad de ,90 para una muestra de 204 participantes ingleses y de ,91 para la muestra de 316 participantes neerlandeses. En la traducción de Camacho (2018), el coeficiente alfa de Cronbach fue de ,80, el cual puede considerarse satisfactorio. Se ha comprobado que la UGRS es una medida confiable y válida de rumiación relacionada con el duelo (Eisma et al., 2012; 2014b).

Se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach de dicha escala en la presente muestra de dolientes, tanto para la escala total como para cada una de sus subescalas obteniéndose los siguientes índices de consistencia interna: ,918 para la escala total; ,844 para la subescala significado; ,750 para la subescala relaciones; ,832 para la subescala contrafactual; ,786 para la subescala injusticia, y ,818 para la subescala reacciones. Comprobamos que están todos los índices por encima del valor que se considera adecuado (≥ ,70) (Hernández et al., 2006).

- *Nivel de apoyo social percibido.* Se utilizó la adaptación española de la MSPSS (Multidimensional Perceived Social Support Scale; Zimet et al., 1988) elaborada por Ruiz et al. (2017), traducida como Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS). Es el instrumento más comúnmente utilizado para identificar los niveles de apoyo social durante el duelo (véase revisión sistemática de Scott et al., 2020). Esta escala consta de 12 ítems que son valorados en una escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), y cuenta con tres dimensiones: amigos, familia y otros significativos. Aunque la escala EMAS no determina el tipo de apoyo obtenido (solo informa de dónde proceden los apoyos y la percepción de estos), muestra un contenido más cercano al apoyo emocional. Se ha encontrado que la consistencia interna es adecuada tanto en su escala global (α =

0,916), como en las dimensiones asociadas (Amigos, α = 0,829; Familia, α = 0,917; Personas relevantes, α = 0,94).

En la presente muestra de dolientes, la EMAS obtuvo un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) de ,921 que, según los estándares psicométricos propuestos por Hernández et al. (2006), se consideraría un índice de fiabilidad excelente (≥ ,85).

- *Metacognición.* Se utilizó la adaptación española del Cuestionario de Metacogniciones 30 (Meta-cognitions Questionnaire 30) o MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2004) elaborada por Ramos-Cejudo et al. (2013) para medir los niveles de metacognición de los participantes. Esta medida de autoinforme consta de 30 ítems que son valorados en una escala Likert de 1 (nada de acuerdo) a 4 (muy de acuerdo), siendo su rango de puntuaciones totales de 30 a 120. Una puntuación alta indica creencias más fuertes sobre la necesidad de controlar los propios pensamientos, y las consecuencias negativas asociadas con pensamientos intrusivos. Además de una escala global, el MCQ-30 consta de cinco subescalas: creencias positivas sobre la preocupación, creencias negativas sobre la preocupación: incontrolabilidad y peligro, confianza cognitiva, creencias sobre la necesidad de controlar los pensamientos y autoconciencia cognitiva. Se ha encontrado que la consistencia interna a través de las subescalas individuales en el MCQ-30 varía de 0,72 a 0,93 con una consistencia interna total de 0,93 y una fiabilidad test-retest de 0,75. (Wells y Cartwright-Hatton, 2004). Las puntuaciones totales de la versión española de este instrumento mostraron un índice de consistencia interna (α de Cronbach) de ,89, y una fiabilidad test-retest de ,72 en el estudio de Ramos-Cejudo et al. (2013). Los análisis factoriales confirmatorios respaldaron una estructura con cinco factores relacionados en la adaptación española, que se encontró que era

invariante en función del género. Esta estructura de factores es similar a la que se encuentra no solo en el MCQ-30 original sino también en las versiones adaptadas a otras poblaciones (Tosun e Irak, 2008; Typaldou et al., 2010), lo que sugiere que las creencias metacognitivas, según las evalúa el MCQ -30, son consistentes en diferentes culturas.

Se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach de dicho cuestionario en la presente muestra de dolientes, tanto para la escala total como para cada una de sus subescalas obteniéndose los siguientes índices de consistencia interna: ,898 para la escala total; ,882 para la subescala creencias positivas; ,823 para la subescala creencias negativas; ,873 para la subescala confianza cognitiva; ,723 para la subescala creencias sobre la necesidad de controlar los pensamientos, y ,820 para la subescala autoconciencia cognitiva. Comprobamos que están todos los índices por encima del valor que se considera adecuado (≥ ,70) (Hernández et al., 2006), coincidiendo además con los datos encontrados en la versión original del MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2004), comentado líneas atrás.

6.3.3. Procedimiento

La selección de la muestra fue de conveniencia, a través de la técnica de la «bola de nieve». Entre los años 2020 y 2021, la autora de esta tesis impartió en dos ocasiones un seminario *online* aplicado y voluntario titulado «Personalidad y psicología clínica: duelo y trastorno de estrés postraumático» a los alumnos/as de la asignatura de Psicología de la Personalidad del tercer curso del Grado en Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Todos los estudiantes que participaban voluntariamente en este seminario recibían un punto adicional en la nota de teoría siempre y cuando acudieran al

total de cuatro sesiones de una hora que duraba el seminario y pasaran la batería de cuestionarios que componían el estudio a entre dos y seis personas de su entorno (familiares y allegados) que hubiesen perdido a alguien significativo por fallecimiento. Dentro de este seminario, se llevó a cabo una formación específica a los alumnos para administrar la batería de cuestionarios.

Así, el alumno/a explicaba al participante el procedimiento y, tras rellenar y firmar una hoja de consentimiento informado (véase el Anexo), los participantes escribían su código asignado y comenzaban a cumplimentar la batería de cuestionarios ya detallada, siempre en presencia o contacto con el alumno/a, para que así este/a pudiera responder a cualquier duda que pudiera surgirles durante la cumplimentación de los cuestionarios.

Para la selección de la muestra, se señaló a los alumnos una serie de indicaciones que debían cumplir con el objetivo de obtener una muestra lo más heterogénea posible en cuanto a la edad y el sexo. En las figuras 6.1 y 6.2 se puede consultar la información tal y como era presentada a los estudiantes en el año 2020 y 2021, respectivamente. La diferencia en la información presentada en los dos años radicaba en que en 2021, con el objetivo de ampliar la muestra de dolientes que habían sufrido la muerte traumática de un ser querido, se debían seleccionar únicamente dolientes cuyos seres queridos hubiesen fallecido por circunstancias traumáticas, por lo que se redujo el número de evaluaciones requeridas a los estudiantes, ya que se entendía que era algo más complicado de conseguir y se pretendía que los datos obtenidos fuesen fiables.

Figura 6.1. Indicaciones para la selección de la muestra por parte de cada estudiante que colaboró en el reclutamiento de la muestra del Estudio 1 en 2020.

6 personas:

	18-30 años	**31-49 años**	**50 años o más**
Varones	0 o 1	1 o 2	1 o 2
Mujeres	0 o 1	1 o 2	1 o 2

Figura 6.2. Indicaciones para la selección de la muestra por parte de cada estudiante que colaboró en el reclutamiento de la muestra del Estudio 1 en 2021.

1 varón y 1 mujer de:

18-30 años	**31-49 años**	**50 años o más**
0 o 1	1 o 2	1 o 2

Los datos de los participantes se codificaron con un número de identificación para mantener la confidencialidad y preservar el anonimato más allá de la investigadora principal, es decir, la autora de esta tesis.

6.3.4 Análisis estadístico

Para llevar a cabo todos los análisis estadísticos de la presente tesis doctoral se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics de IBM SPSS, versión 29, y se tomó como referencia un nivel de significación estadística de $p < .05$.

En primer lugar, se realizó un análisis factorial de componentes principales y extracción de un solo factor para calcular una variable compuesta que integrara la medida de síntomas de duelo complicado proporcionada por el IDC y la medida de inadaptación proporcionada por la EI. De esta manera, se pretendía obtener una medida de *duelo complicado disfuncional* a partir de las puntuaciones factoriales en ese único factor, factor en el cual se esperaba que saturaran los ítems del IDC y de la EI. La motivación para crear esta medida fue el hecho de que otras investigaciones suelen utilizar solo la puntuación del IDC como medida del constructo del duelo complicado, pero no toda la sintomatología tiene porque ser disfuncional, y el IDC mide frecuencia de la sintomatología, pero no su disfuncionalidad. En esta tesis doctoral, se pretendía examinar qué factores estaban implicados en las reacciones de duelo complicado con cierto carácter disfuncional, por lo que se vio necesario crear esa variable de duelo complicado disfuncional (DC disfuncional) junto con la medida más tradicional de sintomatología de duelo complicado. Utilizando el análisis factorial para integrar las medidas del IDC y la EI, se podría obtener una variable que recogiese la interferencia y disfuncionalidad que puede conllevar el duelo complicado, pudiendo parecerse lo máximo posible a una variable con mayor relevancia clínica.

A continuación, en la muestra total de dolientes, se crearon cuatro grupos que respondían a las hipótesis y comparaciones que se querían realizar en este Estudio 1:

- *Duelo normal.* Participantes que puntuaban por debajo de 25 en el IDC (punto de corte del cuestionario).
- *Duelo complicado.* Participantes que tenían una puntuación igual o superior a 25 en el IDC.

- *Duelo complicado no traumático*. Participantes que tenían una puntuación igual o superar a 25 en el IDC y que la causa de muerte de su ser querido no hubiese sido traumática.
- *Duelo complicado traumático.* Participantes que tenían una puntuación igual o superior a 25 en el IDC y que la causa de muerte de su ser querido hubiese sido traumática.

Se realizaron de manera inicial análisis de frecuencias y descriptivos (media, varianza, desviación típica, rango, mínimo y máximo, asimetría y curtosis) para estudiar las características sociodemográficas, así como el supuesto de normalidad en las variables de estudio.

A continuación, los dos primeros grupos de dolientes (duelo normal vs. duelo complicado) se compararon en cuanto a sus características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento mediante pruebas *t de Student* para grupos independientes, en el caso de las medidas continuas, y mediante pruebas de chi^2 en el caso de las medidas categóricas. Las características en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre esos dos grupos de dolientes fueron incluidas como covariables en los ANCOVA realizados posteriormente para comparar los dos grupos de dolientes en cada una de las variables de interés (rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social) y comprobar así la hipótesis 1 y sus subhipótesis. En estos ANCOVA se utilizó la corrección de Bonferroni para controlar la probabilidad de cometer un error de tipo I por la realización de comparaciones múltiples y el estadístico eta cuadrado parcial (η^2_p) para estimar el tamaño del efecto, considerándose los valores de ,01, ,06 y ,14 como efectos de tamaño pequeño, medio y grande, respectivamente, según los estándares de Cohen (1988).

Análisis estadísticos similares, es decir, pruebas *t* y de chi-cuadrado, ANCOVA, corrección de Bonferroni y estadístico eta cuadrado parcial, se realizaron al comparar los otros dos grupos de dolientes creados (duelo complicado no traumático vs. duelo complicado traumático) para así comprobar la hipótesis 2 y sus subhipótesis.

Finalmente, cabe mencionar cómo se trataron los valores perdidos durante toda la investigación. En aquellas variables clave (variables criterio o dependientes y variables predictoras o independientes) en las que el porcentaje de datos perdidos en un caso era superior al 10 % del total de los ítems que componían el instrumento, se excluía dicho caso de los análisis estadísticos. En estas ocasiones, los valores perdidos en las puntuaciones totales de dichos instrumentos se registraron como tal en la base de datos, para que el software estadístico lo tuviera en cuenta a la hora de llevar a cabo los análisis y descartara el caso. Por otro lado, en aquellos casos en los que el porcentaje de datos perdidos en una de estas variables clave era inferior al 10 %, se optó por el método de sustituir dicho valor perdido por el valor medio de la puntuación del ítem en el total de la muestra.

6.4 Resultados

Diferencias en características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre el duelo normal y el duelo complicado

Como se puede observar en la tabla 6.3, los resultados de las pruebas *t* y chi^2 indicaban que los dos grupos de dolientes, con duelo normal y con duelo complicado, no diferían de forma estadísticamente significativa en cuanto su edad media, su máximo nivel de estudios, si vivían acompañados, si trabajaban, el número de seres queridos que

habían perdido a lo largo de sus vidas, la edad de la persona fallecida y si la pérdida era de un/a hermano/a, pero, en cambio, sí diferían significativamente respecto al sexo, chi^2 (1, n = 472) = 14,78, p < ,001, el número de años transcurridos desde el fallecimiento del ser querido, t(468) = 2,40, p < ,005, y si la pérdida era de un/a padre/madre, chi^2 (1, n = 472) = 6,79, p < ,005, pareja, chi^2 (1, n = 472) = 12,21, p < ,001 o hijo/a, chi^2 (1, n = 472) = 7,96, p < ,001. Para analizar esta última variable del parentesco, se crearon cuatro variables indicadoras o ficticias (*dummy*) basadas en estos cuatro tipos de parentescos para incluirlas en los posteriores ANCOVA como covariables a controlar. Por último, señalar, que hubo un resultado que, sin ser significativo, estuvo cerca del nivel de significación (p = ,066), y fue vivir acompañado, donde se incluían a las personas que habían marcado que estaban casadas o conviviendo con pareja estable frente a otros tipos de estados civiles (p. ej., soltero/a, divorciado/a, separado/a o viudo/a).

Tabla 6.3. Diferencias en las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado (independientemente de la causa de muerte).

Característica	**Duelo normal** ***N* = 354**	**Duelo complicado** ***N* = 118**	χ^2 / ***t***	***p***
Sexo (% mujeres)	54,50 %	74,60 %	14,777	,001*
Edad media (*DT*)	46,69 (19,98)	48,03 (20,66)	-,646	,571
Estudios de mayor nivel (% con estudios universitarios)	29,30 %	20,30 %	1,304	,699
Vive acompañado/a	50,40 %	40,70 %	3,369	,066
Trabajando en la actualidad	51,80 %	44,10 %	2,135	,144
Media de años tras la muerte (*DT*)	15,09 (15,01)	11,13 (12,36)	2,401	,036*
Media de seres queridos fallecidos (*DT*)	3,65 (3,70)	3,71 (2,75)	-,261	,424
Edad media de la persona fallecida (*DT*)	62,37 (23,96)	58,55 (24,61)	1,446	,626
Parentesco de la persona fallecida				
Padre/madre	32,50 %	45,80 %	6,787	,009*
Pareja	4,80 %	14,40 %	12,213	,001*
Hermano/a	10,50 %	8,50 %	,386	,534
Hijo/a	1,70 %	6,80 %	7,950	,005*

Nota. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Diferencias en sintomatología de duelo complicado, inadaptación, duelo complicado disfuncional, rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social percibido entre duelo normal y duelo complicado

En las tablas 6.4, 6.5 y 6.6, se recogen los resultados de los ANCOVA realizados para examinar en qué variables se diferenciaban los dos grupos de dolientes.

Los resultados recogidos en la tabla 6.4 indicaban, en primer lugar, que estos dos grupos de dolientes diferían de forma estadísticamente significativa en la medida de sintomatología de duelo complicado, con un tamaño grande (η^2_p = ,643), lo que confirmaba empíricamente la división de grupos previamente realizada. También diferían en su nivel de inadaptación, así como en la puntuación de DC disfuncional. Estas diferencias tuvieron también en ambos casos un tamaño grande ($\eta^2_p \geq$,14).

En segundo lugar, los resultados de los ANCOVA recogidos en la tabla 6.4 indicaban que ambos grupos de dolientes diferían en el nivel de apoyo social percibido, pero siendo esta diferencia de un tamaño pequeño (η^2_p = ,037).

Los resultados de los ANCOVA realizados para examinar en qué variables cognitivas se diferenciaban los dos grupos de dolientes revelaron que estos dos grupos diferían de forma estadísticamente significativa tanto en las puntuaciones totales de rumiación sobre el duelo y metacognición como en todos los factores de la escala de rumiación sobre el duelo y de la escala de metacognición excepto en dos, el factor 3 de metacognición, que evalúa la confianza en los propios procesos de atención y memoria y, tras la corrección de Bonferroni, el factor 1 de metacognición, que hace referencia a las creencias positivas que se tienen sobre la preocupación (véanse las tablas 6.5 y 6.6). Las diferencias eran de tamaño grande ($\eta^2_p \geq$,14) en todas las variables relacionadas con la rumiación sobre el duelo, mientras que, en el caso de la metacognición, la

diferencia en la puntuación del factor 4 (creencias sobre la necesidad de controlar los pensamientos) era de tamaño medio (,06 ≤ η^2_p < ,14). Por último, tanto la diferencia en los niveles de metacognición total como de las diferencias en la puntuación en el factor 2 (creencias negativas sobre la preocupación y su peligrosidad) y 5 (autoconciencia cognitiva) fueron de un tamaño pequeño (,01 ≤ η^2_p < ,06).

Tabla 6.4. Diferencias entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado en sintomatología de duelo complicado, inadaptación, duelo complicado disfuncional y apoyo social.

Medida	**Duelo normal** ***N* = 354** ***M* (*DT*)**	**Duelo complicado** ***N* = 118** ***M* (*DT*)**	***F***	***P***	η^2_p
Sintomatología de duelo complicado (IDC)	10,63 (6,73)	35,58 (8,95)	835,06	<,001*	,643
Inadaptación (EI)	3,94 (6,20)	11,26 (7,22)	80,79	<,001*	,149
Duelo complicado disfuncional	-,42 (,63)	1,28 (,80)	441,30	<,001*	,488
Apoyo social (EMAS)	71,44 (13,03)	64,95 (14,86)	17,69	<,001*	,037

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Tabla 6.5. Diferencias entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado en rumiación sobre el duelo y sus factores.

Medida	**Duelo normal** ***N* = 354** ***M* (*DT*)**	**Duelo complicado** ***N* = 118** ***M* (*DT*)**	***F***	***P***	η^2_p
Rumiación total sobre el duelo (UGRS)	23,29 (7,86)	41,47 (11,74)	284,04	<,001*	,381
UGRS factor 1: significado	5,38 (2,39)	9,88 (3,06)	207,73	<,001*	,310
UGRS factor 2: relaciones	4,03 (1,77)	7,08 (3,26)	121,81	<,001*	,208
UGRS factor 3: contrafactual	4,72 (2,51)	8,51 (4,04)	121,84	<,001*	,208
UGRS factor 4: injusticia	4,25 (1,79)	8,14 (3,37)	204,73	<,001*	,307
UGRS factor 5: reacciones	4,86 (2,24)	7,85 (3,06)	105,68	<,001*	,186

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$ tras la corrección de Bonferroni ($p = 0,05 / 6 = 0,0083$).

Tabla 6.6. Diferencias entre dolientes con duelo normal y con duelo complicado en metacognición y sus factores.

Medida	**Duelo normal** ***N* = 354** ***M* (*DT*)**	**Duelo complicado** ***N* = 118** ***M* (*DT*)**	***F***	***P***	η^2_p
Metacognición total (MCQ)	59,41 (14,78)	67,47 (15,50)	26,59	<,001*	,056
MCQ factor 1: creencias positivas	10,19 (4,32)	10,99 (4,34)	4,50	,034	,010
MCQ factor 2: creencias negativas	12,22 (4,58)	14,79 (4,46)	27,91	<,001*	,057
MCQ factor 3: confianza cognitiva	11,99 (4,76)	13,18 (5,25)	2,16	,142	,005
MCQ factor 4: necesidad de control del pensamiento	10,81 (3,73)	12,81 (3,81)	32,21	<,001*	,066
MCQ factor 5: autoconciencia cognitiva	14,16 (4,59)	15,70 (4,54)	12,33	<,001*	,026

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$ tras la corrección de Bonferroni ($p = 0,05 / 6 = 0,0083$).

Diferencias en características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre el duelo complicado no traumático y el duelo complicado traumático

Como se puede observar en la tabla 6.7, los resultados de las pruebas *t* y chi^2 indicaban que los dos grupos de dolientes, con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático, no diferían de forma estadísticamente significativa en ninguna de sus características salvo en dos, el sexo, chi^2 (1, n = 117) = 4,08, p < ,005, y la pérdida de un hijo/a, chi^2 (1, n = 117) = 4,10, p < ,005.

Tabla 6.7. Diferencias en las características sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático.

Característica	**Duelo complicado no traumático** ***N* = 69**	**Duelo complicado traumático** ***N* = 48**	χ^2 / ***t***	***p***
Sexo (% mujeres)	81,20 %	64,60 %	4,079	,043*
Edad media en años (*DT*)	51,17 (19,96)	44,14 (20,76)	1,918	,206
Estudios de mayor nivel (% con estudios universitarios)	24,60 %	12,50 %	,568	,184
Vive acompañado/a	46,40 %	31,30 %	2,695	,101
Trabajando en la actualidad	44,90 %	41,70 %	,122	,726
Media de años tras la muerte (*DT*)	8,98 (11,78)	12,65 (12,45)	-1,881	,429
Media de seres queridos fallecidos (*DT*)	3,89 (3,14)	3,31 (2,03)	1,077	,122
Edad media de la persona fallecida (*DT*)	69,67 (20,16)	40,26 (20,83)	8,936	,415
Parentesco de la persona fallecida				
Padre/madre	50,70 %	37,50 %	1,998	,158
Pareja	14,50 %	14,60 %	,000	,989
Hermano/a	5,80 %	12,50 %	1,627	,202
Hijo/a	2,90 %	12,50 %	4,097	,043*

Nota. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Diferencias en sintomatología de duelo complicado, inadaptación, duelo complicado disfuncional, rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social percibido entre duelo complicado no traumático y duelo complicado traumático

En las tablas 6.8, 6.9 y 6.10 se recogen los resultados de los ANCOVA realizados para examinar en qué variables se diferenciaban estos dos grupos de dolientes.

Se realizó un ANCOVA inicial con la medida global de sintomatología de duelo complicado proporcionada por el IDC, ya que, aunque ambos grupos tenían una puntuación significativa en el IDC, según el criterio de Prigerson (1995b), se quería comprobar si el duelo complicado traumático puntuaba más alto y, por lo tanto, tenía una sintomatología más pronunciada. Lo mismo se realizó con la medida de la EI y la medida de duelo complicado disfuncional, para comprobar si la disfuncionalidad era mayor en aquellos que tenían duelo complicado tras una muerte traumática. Los resultados de estos tres ANCOVA revelaron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los dolientes con duelo complicado no traumático y duelo complicado traumático en el nivel global de sintomatología de duelo complicado (34,46 vs. 36,45), de disfuncionalidad (11,85 vs. 11,01) ni de duelo complicado disfuncional (1,28 vs. 1,30). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en su nivel de apoyo social percibido (63,67 vs. 67,21) (véase la tabla 6.8).

En las tablas 6.9 y 6.10 se exponen los resultados de los ANCOVA realizados para examinar en qué variables cognitivas se diferenciaban los dos grupos de dolientes con duelo complicado, no traumático y traumático. A diferencia de los resultados anteriores, éstos indicaban que estos dos grupos de dolientes diferían de forma estadísticamente significativa en la puntuación total de rumiación sobre el duelo, y en tres de sus factores: pensamiento contrafactual, rumiación sobre la injusticia y

rumiación sobre las reacciones de los demás, aunque, tras la corrección de Bonferroni, las diferencias significativas se circunscribían únicamente a dos de las variables analizadas. En concreto, los dolientes con duelo complicado traumático mostraban mayores niveles de rumiación total sobre el duelo (45,04 vs. 39,09) y tenían más rumiación del tipo contrafactual (10,21 vs. 7,39), diferencias que, en ambos casos, eran de un tamaño medio (,06 $\leq \eta^2_p <$ 0,14).

Tabla 6.8. Diferencias entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático en sintomatología de duelo complicado, inadaptación, duelo complicado disfuncional y apoyo social.

Medida	**Duelo complicado no traumático** ***N* = 69** ***M* (*DT*)**	**Duelo complicado traumático** ***N* = 48** ***M* (*DT*)**	***F***	***P***	η^2_p
Sintomatología de duelo complicado (IDC)	36,45 (9,78)	34,46 (7,60)	2,03	,157	,018
Inadaptación (EI)	11,01 (7,06)	11,85 (7,38)	,48	,489	,004
Duelo complicado disfuncional	1,30 (,81)	1,28 (,78)	,04	,842	,000
Apoyo social (EMAS)	63,67 (15,74)	67,21 (13,23)	1,35	,247	,012

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Tabla 6.9. Diferencias entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático en rumiación sobre el duelo y sus factores.

Medida	**Duelo complicado no traumático** ***N* = 69** ***M* (*DT*)**	**Duelo complicado traumático** ***N* = 48** ***M* (*DT*)**	***F***	***P***	η^2_p
Rumiación total sobre el duelo (UGRS)	39,09 (11,71)	45,04 (11,02)	7,50	,007*	,063
UGRS factor 1: significado	9,57 (3,23)	10,35 (2,81)	2,17	,144	,019
UGRS factor 2: relaciones	7,22 (3,20)	6,92 (3,40)	,17	,681	,002
UGRS factor 3: contrafactual	7,39 (3,77)	10,21 (3,85)	14,00	<,001*	,110
UGRS factor 4: injusticia	7,51 (3,25)	9,06 (3,38)	5,02	,027	,043
UGRS factor 5: reacciones	7,44 (2,86)	8,48 (3,27)	4,29	,041	,037

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$, tras la corrección de Bonferroni ($p = 0,05 / 6 = 0,0083$).

Tabla 6.10. Diferencias entre dolientes con duelo complicado no traumático y con duelo complicado traumático en metacognición y sus factores.

Medida	**Duelo complicado no traumático** ***N* = 69** ***M* (*DT*)**	**Duelo complicado traumático** ***N* = 48** ***M* (*DT*)**	***F***	***P***	η^2_p
Metacognición total (MCQ)	66,01 (16,57)	69,50 (13,97)	,80	,374	,007
MCQ factor 1: creencias positivas	11,10 (4,55)	10,83 (4,13)	,13	,719	,001
MCQ factor 2: creencias negativas	14,33 (4,69)	15,50 (4,11)	1,91	,170	,017
MCQ factor 3: confianza cognitiva	12,70 (5,40)	13,85 (5,06)	,543	,463	,005
MCQ factor 4: necesidad de control del pensamiento	12,72 (4,00)	12,96 (3,60)	,032	,858	,000
MCQ factor 5: autoconciencia cognitiva	15,16 (4,66)	16,35 (4,32)	1,83	,179	,016

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$, tras la corrección de Bonferroni ($p = 0,05 / 6 = 0,0083$).

6.5 Discusión

El objetivo principal del Estudio 1 era examinar, desde una perspectiva categorial, la relación con el duelo complicado de la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido. Para ello, se compararon, en primer lugar, un grupo de dolientes con duelo normal y otro con duelo complicado. Se esperaba que los niveles de rumiación sobre el duelo y de metacognición disfuncional que, en este caso y tal y como se ha señalado en el capítulo 4, se traducirían en una mayor puntuación en las medidas que evaluaban estas variables (UGRS y MCQ-30), fueran diferentes en ambos grupos de dolientes. Es decir, que los dolientes con duelo normal tuviesen un menor nivel de rumiación sobre el duelo y de metacognición disfuncional que los dolientes con duelo complicado. Respecto a los niveles de apoyo social, la hipótesis era inversa, esto es, que los dolientes con duelo normal mostrasen mayor nivel de apoyo social percibido que los dolientes con duelo complicado.

Los resultados han confirmado en su totalidad las hipótesis planteadas sobre la diferencia entre duelo normal y duelo complicado. Efectivamente, los resultados de este estudio indican que hay una clara diferenciación entre las personas con un duelo complicado y las personas con un duelo normal respecto a las variables cognitivas analizadas y al apoyo social percibido, la cual es coherente con la mayoría de la literatura revisada a lo largo de esta tesis doctoral, especialmente en el capítulo 4.

Con relación a la rumiación sobre el duelo, los hallazgos de este estudio no hacen más que apoyar la ya bien fundamentada idea de que esta supone un elemento de vulnerabilidad al duelo complicado (véase el capítulo 4). Como señalaban Eisma y

Stroebe (2021) en su revisión sistemática sobre estrategias de regulación emocional en duelo complicado, existe una fuerte evidencia de relaciones positivas entre la rumiación sobre el duelo, un proceso que ya se ha visto que presenta una función evitadora en el duelo (por ejemplo, Eisma et al., 2013), y el duelo complicado, de forma que dichas relaciones positivas se han encontrado de forma consistente tanto en estudios transversales como en estudios longitudinales, incluso cuando en estos últimos se controlan los síntomas basales (Eisma et al., 2013; Eisma et al., 2015c). Además, esas relaciones positivas también se han encontrado en los ensayos clínicos controlados y aleatorizados realizados para comprobar la eficacia de algunas intervenciones psicológicas para el duelo complicado (Boelen et al., 2007; Eisma et al., 2015a).

Sin embargo, este estudio añade la novedad de que son todos y cada uno de los factores de la rumiación sobre el duelo los que son elementos diferenciales entre personas con un duelo normal y personas con un duelo complicado. Esto quiere decir que los dolientes con duelo complicado piensan con más frecuencia en cómo ha cambiado su vida después de la muerte (factor 1), se preguntan si reciben el apoyo adecuado de sus familiares (factor 2), se preguntan si la muerte se podría haber evitado de ser las circunstancias diferentes (factor 3), se preguntan por qué se merecían esta pérdida (factor 4) e intentan analizar con precisión sus sentimientos acerca de la pérdida (factor 5).

Por lo tanto, estos resultados se alinean con la sugerencia basada en una evidencia empírica cada vez mayor de que la rumiación sobre el duelo debe ser un objetivo terapéutico particularmente claro dentro de la terapia con las personas con duelo complicado. Esta sugerencia se ve apoyada por los resultados de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual sobre el duelo complicado y que han demostrado que esta terapia produce efectos de

moderados a grandes en la rumiación sobre el duelo y la rumiación depresiva (Boelen et al., 2011; Eisma et al., 2015c). Un análisis secundario de sus efectos demostró, además, que los cambios pre-post en la rumiación sobre el duelo se asociaron con el cambio pre-post en síntomas de duelo complicado (Boelen et al., 2011).

Concretamente, los tratamientos que emplean ejercicios dirigidos a la rumiación, incluidos aquellos encaminados a reducir el afecto negativo y aumentar el afecto positivo y aquellos encaminados a la activación conductual (y a reducir la evitación conductual de actividades), reducen los síntomas de duelo complicado (p. ej., Eisma et al., 2015). También se respalda el uso de técnicas cognitivo-conductuales específicas que se dirigen a estrategias de evitación relacionadas con la pérdida, como la exposición. Sin embargo, la evidencia del papel de la evitación conductual de la pérdida en duelo complicado es mixta. La investigación sobre la flexibilidad de afrontamiento y las estrategias adaptativas de regulación emocional como el pensamiento positivo, la reevaluación cognitiva, la resolución de problemas y la atención plena en duelo complicado no han ido más allá, por ahora, de establecer asociaciones transversales, según una revisión sistemática de Eisma et al. (2021).

Respecto a las creencias metacognitivas, los resultados del presente estudio también muestran claramente que el duelo complicado está relacionado con la metacognición disfuncional, en especial con las creencias metacognitivas negativas sobre los procesos de afrontamiento (factor 2) y sobre la necesidad de controlar los pensamientos y de poder recibir un castigo si no es así (factor 4), y con la misma autoconciencia cognitiva, es decir, prestar mucha atención a cómo la propia mente funciona o pensar sobre los propios pensamientos (factor 5).

Por lo tanto, una de las conclusiones que se puede sacar de los hallazgos de este estudio es que las conceptualizaciones y modelos del duelo complicado deberían incorporar el papel de las creencias metacognitivas en su mantenimiento a través de un afrontamiento desadaptativo, como también sugería Wenn (2017).

Así, este estudio comienza a llenar un vacío en la literatura, al sugerir que la modificación de la metacognición disfuncional y, especialmente, la modificación de las creencias metacognitivas negativas sobre los procesos de afrontamiento y sobre la necesidad de controlar los pensamientos y la modificación de la autoconciencia cognitiva pueden ser útiles para impedir el desarrollo de un duelo complicado. Por consiguiente, los hallazgos de este estudio respaldan la necesidad de identificar y modificar las metacogniciones disfuncionales involucradas en duelo complicado antes de que conduzcan a estrategias de afrontamiento desadaptativas, como pensamientos negativos repetitivos y conductas de evitación. Afortunadamente, de manera reciente, la investigación está proporcionando evidencia empírica de que la terapia metacognitiva (TMC), una terapia alternativa a los tratamientos actuales, produce un cambio confiable significativamente mayor en la gravedad/intensidad de los síntomas del duelo complicado y las puntuaciones de estrés que una condición de control en lista de espera, y que produce cambios clínicamente significativos en la gravedad de los síntomas de duelo complicado, según los mide el PG-13, para el 62 % de los participantes (Wenn, 2017). Así pues, los hallazgos de esta investigación de Wenn respaldan la validez del modelo metacognitivo y la conceptualización de Wells sobre el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicológicos en el duelo (Wells, 2009; Wells y Matthews, 1996). Wenn sugiere que pueden ser las creencias metacognitivas sobre los procesos de afrontamiento desadaptativos (p. ej., pensamiento negativo repetitivo como la rumiación) las que mantienen el duelo complicado y, por lo tanto, estas

metacogniciones deben ser objeto de intervenciones para mejorar la eficacia del tratamiento. La TMC guía a las personas en duelo para que confronten y acepten pensamientos y emociones negativas, y utiliza técnicas de entrenamiento de la atención y la conciencia plena desapegada para distanciarse del pensamiento negativo repetitivo (Wells, 2009). La TCM prioriza la desconexión de los procesos de afrontamiento desadaptativos, para evitar que las personas en duelo se centren exclusivamente en la pérdida o eviten las actividades sociales. Su autora considera que está en línea con el modelo de proceso dual (véase el epígrafe 1.2.4 del capítulo 1) por el cual se requiere una oscilación flexible entre las actividades orientadas al duelo y a la restauración para una adaptación saludable (Bennett et al., 2010; Stroebe y Schut, 1999).

Hay que destacar que las dos únicas variables en las cuales no existían diferencias significativas entre las personas con duelo normal y duelo complicado fueron las creencias positivas sobre la preocupación (factor 1) y las creencias que se tienen sobre los propios procesos cognitivos (atención y memoria) (factor 3). Esto quiere decir que ambos tipos de dolientes muestran el mismo nivel de pensamientos sobre que estar preocupado ayuda a organizar la mente, a afrontar las situaciones o que ayuda a evitar problemas en el futuro (factor 1), y confían de la misma manera en su memoria sobre hechos, lugares, nombres, etc. (factor 3). La subescala de creencias positivas sobre la preocupación (factor 1) del MCQ-30 ha mostrado una relación fuerte con la preocupación patológica, lo que sugiere que las personas que creen que la preocupación es una estrategia de afrontamiento útil tienden a usarla para enfrentar situaciones o pensamientos que provocan ansiedad (Spada et al., 2008), por lo que podría ser interesante continuar investigando en este ámbito, ya que la preocupación es un constructo dentro del duelo al que se le ha prestado menos atención, al menos en comparación con la rumiación.

Para finalizar con las diferencias entre el duelo normal y el duelo complicado que se esperaban en la hipótesis 1, los resultados del presente estudio en lo relativo al apoyo social percibido (hipótesis 1c) sugieren que los dolientes con un duelo normal perciben mayor apoyo social que aquellos que están pasando por un duelo complicado. Este hallazgo va en línea del papel protector ante acontecimientos vitales estresantes que ha demostrado el apoyo social en muchas investigaciones (Peirce et al., 2000) y, en concreto, sobre su función protectora contra el desarrollo de duelo complicado (Burke et al., 2010; Hibberd et al., 2010).

Por otro lado, y pasando a la segunda hipótesis planteada, en el presente estudio también se compararon un grupo de dolientes con duelo complicado no traumático y otro grupo de dolientes con duelo complicado traumático para así analizar el papel de la naturaleza traumática del fallecimiento en el duelo complicado y, por ende, examinar la existencia del duelo traumático. Los resultados de esta comparación revelan, en primer lugar, que ambos grupos de dolientes con duelo complicado, el que ha perdido a su ser querido debido a causas naturales (edad o enfermedad) y el que ha perdido a su ser querido debido a causas traumáticas, no difieren en su nivel de sintomatología de duelo complicado según el IDC ni en su nivel de disfuncionalidad ni en cómo de desadaptativos son esos síntomas (duelo complicado disfuncional). Esto es importante, ya que, al menos en la muestra de participantes de este estudio, se comprueba que la circunstancia del fallecimiento no es un elemento diferenciador en el propio constructo del duelo complicado ni en su interferencia.

Respecto a los dos conjuntos de variables cognitivas evaluadas, la de rumiación sobre el duelo y la de metacognición, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la rumiación sobre el duelo. En primer lugar, en el nivel global de rumiación sobre el duelo, lo cual indicaba que las personas con

duelo complicado traumático van a tender a rumiar más que aquellas que también están pasando por un duelo complicado, pero que su ser querido no murió en circunstancias traumáticas. Y en concreto, parece que el contenido de estas rumiaciones es más elevado en el factor 3, que es el que recoge las rumiaciones sobre el duelo contrafactuales. Es decir, las personas con duelo complicado traumático analizan con más frecuencia si podrían haber prevenido la muerte o si se podría haber evitado si los demás hubiesen actuado de manera diferente. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de duelo complicado traumático y no traumático en las restantes cuatro medidas de rumiación sobre el duelo: factores 1, 2, 4 y 5, esto es, rumiación sobre el significado del fallecimiento, sobre las relaciones, sobre la injusticia del fallecimiento y sobre las reacciones, respectivamente. Por tanto, este hallazgo confirmaría solo en parte la hipótesis 2a.

El hecho de que solo se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el duelo complicado traumático y no traumático respecto a la rumiación contrafactual sobre el duelo tiene sentido, ya que una muerte traumática siempre es inesperada y repentina. Y precisamente por ello, se suele pensar que de una forma u otra se podría haber prevenido. Las investigaciones que han evaluado los escenarios en los que las personas piensan que podrían haber llevado a cabo acciones prevenibles han encontrado que esto los lleva inherentemente a autoculparse (Rooney y Vanden Heuvel, 2004; Wu et al., 2008). Y éstos son los pensamientos contrafactuales. Son contrafactuales porque no se tomó la acción alternativa, porque si la persona hubiera tomado medidas alternativas, el resultado habría sido mejor (o al menos existe la creencia de que habría sido mejor). El desarrollo de pensamientos contrafactuales puede no producir una imagen completamente precisa de la cadena causal de eventos porque enfatiza las causas relacionadas con uno mismo. Pero puede ser un sesgo de

procesamiento funcional para las personas que han experimentado una pérdida estén motivados para prevenir eventos similares en el futuro, siempre y cuando no esté asociado a una culpa desadaptativa (Andrews et al., 2020; Keller y Nesse, 2005).

Sin embargo, los resultados del presente estudio no confirman la hipótesis 2b, que es aquella enfocada en los niveles de metacognición disfuncional. Esto quiere decir que los dolientes que han sufrido un fallecimiento traumático no muestran una mayor tendencia a pensar y preocuparse en exceso sobre sus propios pensamientos y su posible utilidad o sobre necesidad de controlarlos que los dolientes que han sufrido un fallecimiento no traumático.

La hipótesis 2c tampoco se verifica, lo cual significa que, dentro de aquellos dolientes que sufren un duelo complicado, tanto los que han sufrido un fallecimiento por causas naturales como por causas traumáticas, perciben igual el apoyo social que reciben.

En resumen, los resultados de este estudio sugieren que la circunstancia de la muerte en aquellos que están sufriendo un duelo complicado no supone un factor relevante de diferenciación, al menos con relación a la propia sintomatología de duelo, su interferencia, el nivel global de metacognición y sus factores, el apoyo social y la mayoría de los factores de la rumiación sobre el duelo, excepto la rumiación contrafactual. Por lo tanto, se apoya la idea de que el duelo complicado después de una muerte traumática no es un constructo diferente al duelo complicado después de una muerte no traumática. Pero sí consideramos importante señalar que, a la luz de estos resultados, puede ser relevante tener en cuenta el pensamiento rumiativo contrafactual como uno de los objetivos a trabajar en la intervención con dolientes tras una muerte traumática, prestando especial atención a aquellos pensamientos negativos repetitivos de

contenido contrafactual, que pueden, como se comentaba anteriormente, generar y mantener unos niveles de culpabilidad relevantes asociados al fallecimiento traumático.

Capítulo 7

Estudio 2

CAPÍTULO 7

ESTUDIO 2

Dado que la aparición de reacciones de duelo poco después del fallecimiento de un ser querido es prácticamente universal y, tal vez, adaptativa, ya que podrían ayudar al procesamiento emocional de la pérdida, para una comprensión completa de la naturaleza de los problemas persistentes e incapacitantes que pueden aparecer durante el proceso de duelo habría que aclarar qué factores determinan el mantenimiento y la intensificación de esas reacciones de duelo esencialmente normales y benignas hasta convertirlas en patológicas, es decir, hasta constituir lo que se ha denominado duelo complicado.

Este fue el objetivo general del Estudio 1 en el que, desde una perspectiva categorial, se analizó la relación del duelo complicado con la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido. Los resultados obtenidos en el Estudio 1, aunque ciertamente sugerentes, también presentan limitaciones, entre las cuales cabría destacar las propias inherentes a un diseño categorial de comparación de grupos. Al dicotomizar algunas de las variables de interés, en concreto, la sintomatología de duelo complicado, y crear unos grupos de dolientes con duelo complicado, traumático o no traumático, frente a un grupo de dolientes con duelo normal sobre la base de la superación de una puntuación de corte en dicha sintomatología, se pierde información y potencia estadística para descubrir relaciones estadísticamente significativas del duelo complicado con sus posibles factores de origen, mantenimiento o exacerbación, es decir, con la rumiación sobre el

duelo, la metacognición, el apoyo social o la naturaleza traumática del fallecimiento. Además, aunque el tamaño del efecto de las diferencias entre los grupos de dolientes en esos factores puede ser un indicador de su importancia, el diseño de comparación de grupos, al menos tal y como se ha puesto en práctica en el Estudio 1, no permite examinar cuál es la importancia de cada uno de esos factores controlando el efecto de los restantes.

Para solventar estas dos limitaciones del Estudio 1, se llevó a cabo el Estudio 2, en el cual también se analizó, con la misma muestra de dolientes que en el Estudio 1, la relación del duelo complicado con la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento, pero esta vez desde una perspectiva dimensional, en particular, mediante un diseño correlacional transversal y un análisis de regresión múltiple sobre una medida de sintomatología de duelo complicado disfuncional. Este último tipo de análisis tenía como objetivo examinar la relación de la sintomatología de duelo complicado disfuncional con cada una de las variables cognitivas, sociales y relacionadas con el fallecimiento anteriormente mencionadas, pero controlando el efecto de las restantes. Además, para sacar el máximo provecho a esa perspectiva dimensional, se necesitaba crear una variable que integrara en una sola dimensión la presencia y gravedad de la sintomatología de duelo complicado y la disfuncionalidad que la misma puede provocar. A esta variable, creada a partir del análisis factorial de las medidas de sintomatología de duelo complicado y de inadaptación, se la denominó duelo complicado disfuncional.

Por otro lado, la pertinencia de examinar con mayor detalle la relación del duelo complicado con la rumiación sobre el duelo y la metacognición en la muestra de dolientes españoles que participó en el Estudio 1 también responde a la necesidad de ampliar el número de estudios sobre dicha relación en España. Pese a que, como se ha

ido viendo a lo largo de la parte teórica de la presente tesis, numerosos estudios teóricos y empíricos han ido aportando luz al rol que tienen las dos variables cognitivas objeto de estudio de esta tesis en el duelo complicado, lo cierto es que la mayoría de esos estudios, por un lado, son internacionales y, por lo tanto, se han llevado a cabo con participantes sobre todo pertenecientes a otros países europeos, Estados Unidos de América y Australia y, por otro lado, prácticamente siempre han estudiado ambas variables por separado. De hecho, solo se ha encontrado un estudio con población española que haya analizado el papel que juega la rumiación en la relación entre la causa de la muerte y la culpa presente durante el duelo (Camacho et al., 2018), y ninguno que haya analizado el papel de la metacognición.

7.1 Objetivo

El objetivo principal de este segundo estudio fue examinar la relación del duelo complicado disfuncional con la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento, así como con los diferentes componentes o factores de la rumiación sobre el duelo y de la metacognición.

7.2 Hipótesis

- Hipótesis 1: Los niveles de rumiación sobre el duelo se relacionarán positiva y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional.
- Hipótesis 2: Los niveles de metacognición disfuncionales se relacionarán positiva y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional.

- Hipótesis 3: Los niveles de apoyo social percibido se relacionarán negativa y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional.
- Hipótesis 4: El haber experimentado el fallecimiento de un ser querido por una causa traumática se relacionará positiva y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional.

7.3 Método

7.3.1. Participantes

En este segundo estudio se trabajó con la misma muestra de dolientes que en el Estudio 1. A modo de recordatorio, esta muestra estaba formada por un total de 480 adultos procedentes de la población general española (edad media = 47,07 años; rango = 18-89 años) de las cuales el 59,50 % eran mujeres. En la tabla 6.1 pueden consultarse todas las características sociodemográficas detalladas de la muestra, así como aquellas características relacionadas con el fallecimiento en la tabla 6.2.

7.3.2 Variables e instrumentos

Para el presente estudio se examinaron las mismas variables y se utilizaron los mismos instrumentos para medirlas que para el Estudio 1:

- *Características sociodemográficas y características del duelo y de los fallecimientos*. Se utilizó el mismo cuestionario *ad hoc* descrito en el Estudio 1 y, por tanto, se remite a dicho apartado de *Variables e instrumentos* para una

descripción más detallada del cuestionario y de las características que trataba de medir.

- *Sintomatología de duelo complicado*. Se utilizó el IDC Prigerson et al., 1995b; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009). Se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para una descripción más detallada de este inventario.
- *Grado de inadaptación.* Se aplicó la EI (Echeburúa et al., 2000). En aras de la brevedad, se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para una obtener más información sobre esta escala.
- *Rumiación sobre el duelo*. Para evaluar los niveles de rumiación sobre el duelo se utilizó la UGRS (Eisma et al., 2014b; traducción de Camacho, 2018). Se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para una descripción más detallada de esta escala.
- *Nivel de apoyo social percibido.* Se utilizó la EMAS (Zimet et al., 1988; adaptación española de Ruiz et al., 2017). En aras de la brevedad, se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para una obtener más una descripción más detallada sobre esta escala.
- *Metacognición.* Se utilizó el MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2004; adaptación española de Ramos-Cejudo et al., 2013). En aras de la brevedad, se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para obtener más información sobre este cuestionario.
- *Duelo complicado disfuncional*. Se utilizó la medida descrita en el apartado de *Análisis estadístico* del Estudio 1. Brevemente, y tal y como se comentó en ese apartado, se realizó un análisis factorial de componentes principales y extracción de un solo factor para calcular una variable compuesta que integrara la medida de

síntomas de duelo complicado proporcionada por el IDC y la medida de inadaptación proporcionada por la EI. De esta manera, se pretendía obtener una medida de duelo complicado disfuncional a partir de las puntuaciones factoriales en ese único factor, factor en el cual se esperaba que saturaran los ítems del IDC y de la EI. La motivación para crear esta medida fue el hecho de que otras investigaciones suelen utilizar solo la puntuación del IDC como medida del constructo del duelo complicado, pero no toda la sintomatología tiene porque ser disfuncional, y el IDC mide frecuencia de la sintomatología, pero no su disfuncionalidad. En esta tesis doctoral, se pretendía examinar qué factores estaban implicados en las reacciones de duelo complicado con cierto carácter disfuncional, por lo que se vio necesario crear esa variable de duelo complicado disfuncional junto con la medida más tradicional de sintomatología de duelo complicado. Utilizando el análisis factorial para integrar las medidas del IDC y la EI, se obtuvo, pues, una variable que recogía la interferencia y disfuncionalidad que puede conllevar el duelo complicado.

7.3.3 Procedimiento

El procedimiento seguido en el Estudio 2 fue idéntico al seguido en el Estudio 1 a la hora de la recogida de muestra, ya que son los mismos participantes. Se recuerda que la muestra fue de conveniencia y reclutada mediante el método “bola de nieve” de entre la población general española. Para más detalles, remitimos al lector al apartado correspondiente del Estudio 1.

7.3.4 Análisis estadístico

En primer lugar, se calcularon las correlaciones bivariadas de Pearson para conocer las relaciones entre las diferentes variables a estudiar y, así mismo, para poder descartar de los posteriores análisis de regresión lineal múltiple aquellas variables que no mostrasen relaciones lineales estadísticamente significativas con el duelo complicado disfuncional, ya que un supuesto estadístico del análisis de regresión lineal múltiple es que cada una de las variables predictoras debe estar relacionada linealmente con la variable criterio. También, antes de llevar a cabo los análisis de regresión lineal múltiple, se comprobó que, para las diferentes variables predictoras continuas de interés (rumiación sobre el duelo, metacognición, apoyo social y duelo complicado disfuncional), se cumpliera el supuesto de distribución normal de las puntuaciones y, así mismo, se comprobó que, para todas las variables predictoras de interés y de control, se cumpliera el supuesto de multicolinealidad.

Después se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple. En ambos la variable criterio fue la puntuación factorial en duelo complicado (DC) disfuncional y las variables de control que se incluyeron fueron las siguientes: el sexo, la edad, si convivía con alguien (0 = no; 1 = sí), si estaba trabajando (0 = no; 1 = sí), su nivel de estudios (0 = ninguno; 1 = primarios; 2 = secundarios; 3 = superiores), el parentesco con la persona fallecida (variable *dummy* detallada en el apartado *Resultados* del Estudio 1), la edad del fallecido, la cronicidad (número de años desde el fallecimiento) y la cantidad de fallecimientos sufridos a lo largo de la vida. En ambos análisis de regresión lineal múltiple, las variables predictoras de interés fueron el nivel de apoyo social, si la causa de la muerte había sido traumática (0 = no; 1 = sí), la rumiación sobre el duelo y la metacognición, pero, mientras que en el primer análisis se incluyeron las puntuaciones

totales, pero no la de los factores o subescalas de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición, en el segundo análisis se incluyeron las puntuaciones de cada uno de los factores o subescalas de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición y, en cambio, se excluyeron sus puntuaciones totales.

7.4 Resultados

Relación de la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y el fallecimiento traumático con el duelo complicado disfuncional

En la tabla 7.1 se presenta la matriz de correlaciones de Pearson entre todas las variables consideradas para el primer análisis de regresión lineal múltiple realizado en el presente estudio, incluidas las puntuaciones totales en las medidas de rumiación sobre el duelo y metacognición, pero excluidas las puntuaciones de sus factores.

Como puede verse en la tabla 7.1 y como cabría esperar, todas las variables predictoras de interés mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC disfuncional, oscilando entre una correlación de tamaño pequeño para la muerte traumática (r = ,161) y una correlación de tamaño grande para la rumiación sobre el duelo (r = ,745). Además, casi todas las variables predictoras de control también mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC disfuncional, exceptuando la edad del doliente, que el fallecido fuese el padre o la madre, o un/a hermano/a y el número de seres queridos fallecidos a lo largo de la vida. Por lo tanto, estas variables se excluyeron para el posterior análisis de regresión lineal múltiple. Estos resultados, pues, confirman la idoneidad estadística de realizar un análisis de regresión lineal múltiple con todas las variables predictoras mencionadas.

Es necesario indicar que no se observaron indicios de problemas de colinealidad entre las variables predictoras que finalmente se incluyeron en el análisis de regresión lineal múltiple y que pudieran afectar a los resultados obtenidos en estos análisis. Los índices de tolerancia fueron todos superiores a ,20, mientras que los valores de los VIF (*variance inflation factor* o factor de inflación de la varianza) fueron todos menores de 2, a excepción de los correspondientes a dos variables de control (edad de la persona fallecida y muerte traumática), cuyos VIF fueron ligeramente superiores a 2, pero que estaban muy por debajo del valor de 12 que indicaría un problema grave de colinealidad (Martínez Arias et al., 2015). Los valores de los índices de tolerancia y los VIF se pueden consultar en la tabla 7.2.

Tabla 7.1. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional y en el que se incluyen las medidas totales de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

Variables del modelo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. DC disfuncional	—															
2. Edad	-,014	—														
3. Sexo	,175*	,078	—													
4. Estar conviviendo	-,163*	,422*	-,091*	—												
5. Estar trabajando	-,113*	-,020	-,135*	,254*	—											
6. Nivel de estudios	-,125*	-,292*	-,026	-,046	,285*	—										
7. Parentesco: padres	,066	,237*	,053	,223*	,135*	-,016	—									
8. Parentesco: hermano/a	-,026	,226*	,050	,204*	-,038	-,106*	-,240*	—								
9. Parentesco: pareja	,213*	,263*	,063	-,203*	-,091*	-,203*	-,209*	-,090*	—							
10. Parentesco: hijo/a	,164*	,167*	,043	,042	,006	-,124*	-,138*	-,059	-,052	—						
11. Edad del fallecido	-,122*	-,041	,005	-,058	-,002	,055	,220*	-,326*	-,071	-,338*	—					
12. Cronicidad	-,128*	,493*	,036	,285*	,004	-,128*	,131*	,246*	-,033	,094*	-,357*	—				
13. N.º de seres queridos fallecidos	,006	,296*	,082*	,049	-,069	-,058	-,010	,099*	-,016	,094*	-,041	,216*	—			

Variables del modelo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
14. Muerte traumática	,161*	-,036	-,088*	-,016	,007	-,044	-,137*	,181*	,050	,204*	-,688*	,218*	-,004	—		
15. UGRS total	,745*	-,076	,157*	-,202*	-,153*	-,111*	,052	-,001	,192*	,124*	-,156*	-,138*	-,025	,261*	—	
16. MCQ total	,339*	-,117*	,028	-,109*	-,052	,001	-,020	,023	-,075	,030	-,031	-,015	,079	,050	,298*	—
17. EMAS	-,365*	-,067	,053	,047	,181*	,069	-,107*	,006	-,071	,010	-,038	,005	,009	,011	-,264*	-,123*

Nota. DC: duelo complicado. *Estadísticamente significativa con $p < ,05$.

Un resumen de los resultados del análisis de regresión lineal múltiple se recoge en la tabla 7.2. Estos resultados indicaron que el modelo con todos los predictores explicaba el 62,3 % de la varianza de la dimensión de DC disfuncional (R^2*ajustado* = ,623; F = 12,44, p < ,001). El valor del estadístico Durbin-Watson fue de 1,302 (próximo a 2), lo que indica ausencia de autocorrelación entre las variables incluidas en el modelo. Dentro de este modelo, las puntuaciones totales de rumiación sobre el duelo (UGRS), metacognición (MCQ-30) y apoyo social (EMAS) mostraron una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional tras controlar el efecto del resto de variables predictoras (las tres con coeficientes de regresión estandarizados [coeficientes beta] significativos con p < ,001), mientras que, de las variables predictoras de control, únicamente el sexo del doliente, haber perdido a una pareja o a un/ hijo/a, así como el número de años transcurridos desde el fallecimiento mostraron una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional una vez controlado el efecto de las restantes variables predictoras (véase la tabla 7.2).

El tamaño y el signo de los coeficientes beta (β) y de las correlaciones parciales (la correlación entre la variable predictora y criterio, una vez controlado el efecto del resto de variables predictoras) recogidos en la tabla 7.2 indicaban que el constructo más importante para explicar la varianza de las puntuaciones de DC disfuncional era la puntuación total de rumiación sobre el duelo (β = ,620; r parcial = ,647), después el apoyo social percibido (β = -,178; r parcial = -,266), la puntuación total de metacognición (β = ,142; r parcial = ,214), perder a la pareja (β = ,085; r parcial = ,130), el sexo del doliente (β = ,083; r parcial = ,130), perder a un hijo/a (β = ,075; r parcial = ,114) y, por último, el tiempo transcurrido desde el fallecimiento (β = -,067; r parcial = -,096).

Tabla 7.2. Resumen de los resultados del primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el que se incluyen, como predictores, las puntuaciones totales de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

Predictores	**β**	***p***	***r* parcial**	**Colinealidad**	
				Tolerancia	**VIF**
Sexo	,083	,006*	,130	,916	1,092
Estar conviviendo	,016	,626	,023	,811	1,234
Estar trabajando	,043	,179	,064	,822	1,217
Nivel de estudios	-,036	,243	-,055	,853	1,172
Parentesco: pareja	,085	,006*	,130	,871	1,148
Parentesco: hijo/a	,075	,016*	,114	,860	1,163
Edad del fallecido	-,034	,426	-,038	,448	2,231
Cronicidad	-,067	,042*	-,096	,769	1,300
Muerte traumática	-,029	,476	-,034	,499	2,005
Rumiación sobre el duelo (UGRS total)	,620	< ,001*	,647	,685	1,461
Metacognición (MCQ-30 total)	,142	< ,001*	,214	,871	1,148
Apoyo social (EMAS)	-,178	< ,001*	-,266	,880	1,136
R^2 ajustado del modelo	,623	< ,001			

Nota. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

El signo de los coeficientes beta y de los coeficientes de correlación parcial de cada uno de los predictores indicaba la dirección de su relación con el DC disfuncional, es decir, el signo positivo de los coeficientes de la rumiación sobre el duelo y de la metacognición indicaban una relación directa con el DC disfuncional, es decir, a mayor nivel de rumiación sobre el duelo, mayor nivel de DC disfuncional. Por el contrario, el signo negativo de los coeficientes del apoyo social y del número de años desde el fallecimiento indicaba una relación inversa, esto es, a mayor apoyo social percibido y

más años transcurridos desde la muerte (cronicidad), menores niveles de DC disfuncional. En cuanto al sexo del doliente, el signo negativo de sus coeficientes quería decir que ser mujer estaba asociado a sufrir más sintomatología de DC disfuncional.

Por último, es importante señalar que, controlando el efecto de los restantes predictores, el hecho de que el duelo estuviera provocado por una muerte traumática no mostró una asociación estadísticamente significativa con el DC disfuncional (p = ,476; véase la tabla 7.2).

Relación de los factores de la rumiación sobre el duelo, los factores de la metacognición, el apoyo social y el fallecimiento traumático con el duelo complicado disfuncional

En la tabla 7.3 (que se ha tenido que dividir en dos partes debido a su extensión) se presenta la matriz de correlaciones de Pearson entre todas las variables consideradas para el segundo análisis de regresión lineal múltiple realizado en el presente estudio, incluidas las puntuaciones en los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición, pero excluidas las puntuaciones totales de estas dos medidas.

Como cabría esperar, todas variables predictoras de interés mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC disfuncional, oscilando entre una correlación de tamaño pequeño para el factor 1 (creencias positivas) de la metacognición (r = ,108) y una correlación de tamaño grande para el factor 1 (rumiación sobre el significado) de la rumiación sobre el duelo (r = ,674). De nuevo, únicamente no mostraron correlaciones estadísticamente significativas las mismas cuatro variables predictoras de control: edad, que el fallecido fuese el padre o la madre, o un/a hermano/a y el número de seres queridos fallecidos a lo largo de la vida (véase la

tabla 7.3), por lo que estas cuatro variables se excluyeron del posterior análisis de regresión lineal múltiple.

Tabla 7.3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el que se incluyen los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 1).

Variables del modelo	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1. DC disfuncional	—													
2. Edad	-,014	—												
3. Sexo	,175*	,078	—											
4. Estar conviviendo	-,163*	,422*	-,091*	—										
5. Estar trabajando	-,113*	-,020	-,135*	,254*	—									
6. Nivel de estudios	-,125*	-,292*	-,026	-,046	,285*	—								
7. Parentesco: padres	,066	,237*	,053	,223*	,135*	-,016	—							
8. Parentesco: hermano/a	-,026	,226*	,050	,204*	-,038	-,106*	-,240*	—						
9. Parentesco: pareja	,213*	,263*	,063	-,203*	-,091*	-,203*	-,209*	-,090*	—					
10. Parentesco: hijo/a	,164*	,167*	,043	,042	,006	-,124*	-,138*	-,059	-,052	—				
11. Edad fallecido	-,122*	-,041	,005	-,058	-,002	,055	,220*	-,326*	-,071	-,338*	—			
12. Cronicidad	-,128*	,493*	,036	,285*	,004	-,128*	,131*	,246*	-,033	,094*	-,357*	—		
13. N.º de fallecidos	,006	,296*	,082*	,049	-,069	-,058	.,010	,099*	-,016	,094*	-,041	,216*	—	
14. Muerte traumática	,161*	-,036	-,088*	-,016	,007	-,044	-,137*	,181*	,050	,204*	-,688*	,218*	-,004	—
15. UGRS factor 1	,674*	-,044	,137*	-,195*	-,172*	-,071	,038	,012	,239*	,090*	-,109*	-,150*	-,010	,216*
16. UGRS factor 2	,590*	,005	,172*	-,117*	-,137*	-,126*	,091*	,001	,099*	,119*	-,044	-,079	,026	,074
17. UGRS factor 3	,520*	-,019	,085*	-,082*	-,080*	-,069	,021	,028	,112*	,130*	-,194*	-,030	-,043	,285*

Variables del modelo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
18. UGRS factor 4	,647*	-,009	,-129*	-,161*	-,129*	-,146*	,054	-,010	,197*	,141*	-,188*	-,067	-,032	,248*
19. UGRS factor 5	,567*	-,240*	,106*	-,264*	-,116*	-,057	-,003	-,040	,108*	,020	-,070	-,234*	-,024	,182*
20. MCQ-30 factor 1	,108*	-,117*	-,076	-,070	-,057	-,008	-,028	-,026	-,035	-,030	,054	-,031	,004	-,016
21. MCQ-30 factor 2	,387*	-,098*	,117*	-,108*	-,017	,003	-,051	,038	-,047	,031	-,109*	,002	,055	,052
22. MCQ-30 factor 3	,135*	,189*	,045	,070	-,010	-,089*	,120*	,091*	,022	,086*	-,037	,089*	,156*	,030
23. MCQ-30 factor 4	,289*	-,089*	-,034	-,086*	-,063	-,035	-,064	,087*	-,071	,036	-,048	,006	,085	,033
24. MCQ-30 factor 5	,240*	-,303*	,024	-,183*	-,033	,129*	-,062	-,108*	-,130*	-,026	,036	-,120*	-,029	,069
25. EMAS	-,365*	-,067	,053	,047	,181*	,069*	-,107*	,006	-,071	,010	-,038	,005	.009	,011

Nota. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Tabla 7.3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el que se incluyen los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 2).

Variables	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**
15. UGRS factor 1	—									
16. UGRS factor 2	,537*	—								
17. UGRS factor 3	,547*	,420*	—							
18. UGRS factor 4	,637*	,563*	,594*	—						
19. UGRS factor 5	,638*	,557*	,480*	,543*	—					
20. MCQ-30 factor 1	,077	,078	,113*	,103*	,159*	—				
21. MCQ-30 factor 2	,300*	,219*	,211*	,266*	,232*	,289*	—			
22. MCQ-30 factor 3	,076	,065	,033	,091*	,040	,075	,261*	—		
23. MCQ-30 factor 4	,232*	,185*	,172*	,248*	,226*	,431*	,600*	,268*	—	
24. MCQ-30 factor 5	,208*	,162*	,188*	,124*	,346*	,403*	,482*	,055	,494*	—
25. EMAS	-,282*	-,320*	-,154*	-,158*	-,164*	-,054	-,151*	-,080*	-,108*	-,026

Nota. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

En la tabla 7.4 se presenta un resumen de los resultados del segundo análisis de regresión lineal múltiple realizado sobre el DC disfuncional. En este segundo análisis tampoco se observaron indicios de problemas de colinealidad entre las variables predictoras del modelo que pudieran afectar a los resultados obtenidos. Los índices de tolerancia eran todos superiores a ,20, mientras que los valores de los VIF fueron todos menores de 2, a excepción de dos variables predictoras de control (edad de la persona fallecida y muerte traumática), y cinco variables predictoras de interés (factores 1, 4 y 5 de la escala UGRS y factores 2 y 4 de la escala MCQ-30), cuyos VIF eran ligeramente superiores a 2, pero que estaban muy por debajo del valor de 12 que indicaría un problema grave de colinealidad (Martínez Arias et al., 2015). Los valores de los índices de tolerancia y los VIF se pueden consultar en la tabla 7.4.

Los resultados del segundo análisis de regresión indicaron un modelo que explicaba el 63,5 % de la varianza del DC disfuncional ($R^2ajustado$ = ,635; F = 20,43; p < ,001), un valor muy similar al resultante del anterior análisis de regresión lineal múltiple. El valor del estadístico Durbin-Watson en este caso fue prácticamente igual que el obtenido en el primer análisis, de 1,308 (próximo a 2), lo que también indica ausencia de autocorrelación entre las variables incluidas en el modelo.

En el modelo de regresión resultante del segundo análisis, todos los factores de la medida de rumiación sobre el duelo (UGRS) mostraron una asociación estadísticamente significativa con el DC disfuncional (p < ,05) tras controlar el efecto del resto de predictores, pero solo el factor de 2 (creencias negativas) de la medida de metacognición (MCQ-30) mostró una asociación estadísticamente significativa con el DC disfuncional (p < ,001), y, de nuevo, la medida de apoyo social (EMAS) también mostró una asociación estadísticamente significativa con el DC disfuncional (p < ,001) tras controlar el efecto del resto de predictores, pero no la muerte traumática (p = ,754).

Tabla 7.4. Resumen de los resultados del segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado disfuncional en que se incluyen, como predictores, los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

Predictores	**β**	***p***	***r* parcial**	**Colinealidad**	
				Tolerancia	**VIF**
Sexo	,065	,033*	,102	,873	1,145
Estar conviviendo	,016	,618	,024	,776	1,289
Estar trabajando	,041	,194	,062	,806	1,241
Nivel de estudios	-,036	,250	-,055	,825	1,213
Parentesco: pareja	,077	,014*	,118	,822	1,216
Parentesco: hijo/a	,072	,021*	,110	,836	1,196
Edad del fallecido	-,016	,706	-,018	,427	2,343
Cronicidad	-,068	,038*	-,099	,748	1,337
Muerte traumática	-,013	,754	-,015	,477	2,094
UGRS factor 1: significado	,225	<,001*	,229	,380	2,633
UGRS factor 2: relaciones	,148	<,001*	,178	,515	1,940
UGRS factor 3: contrafactual	,093	,014*	,117	,558	1,791
UGRS factor 4: injusticia	,203	<,001*	,219	,429	2,329
UGRS factor 5: reacciones	,089	,041*	,098	,428	2,337
MCQ-30 factor 1: creencias positivas	-,024	,459	-,036	,754	1,326
MCQ-30 factor 2: creencias negativas	,140	<,001*	,164	,490	2,041
MCQ-30 factor 3: confianza cognitiva	,027	,376	,042	,859	1,164
MCQ-30 factor 4: necesidad de control del pensamiento	,018	,660	,021	,490	2,040
MCQ-30 factor 5: autoconciencia cognitiva	,030	,431	,038	,539	1,856
Apoyo social (EMAS)	-,162	<,001*	-,239	,810	1,235
R^2 ajustado	,635	<,001			

Nota. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

En cuanto a las variables predictoras de control, los resultados del segundo análisis de regresión también indicaron de nuevo que únicamente el sexo del doliente, haber perdido a una pareja o a un/ hijo/a, así como el número de años transcurridos desde el fallecimiento mostraron una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional tras controlar el efecto del resto de predictores (véase la tabla 7.4)

Como se puede observar en la tabla 7.4, el constructo más importante para explicar la varianza de las puntuaciones de DC disfuncional era la puntuación del factor 1 (rumiación sobre el significado) de la rumiación sobre el duelo (β = ,225; *r* parcial = ,229), seguida del factor 4 (rumiación sobre la injusticia) de la rumiación sobre el duelo (β = ,203; *r* parcial = ,219), después vendría el menor nivel de apoyo social percibido (β = -,162; *r* parcial = -,239), el factor 2 (rumiación sobre las relaciones) de la rumiación sobre el duelo (β = ,148; *r* parcial = ,178), y el factor 2 (creencias negativas) de la metacognición (β = ,140; *r* parcial = ,164). En sexto y séptimo lugar, se encuentran, respectivamente, los factores 3 (β = ,093; *r* parcial = ,117) y 5 (β = ,089; *r* parcial = ,098) de rumiación sobre el duelo. Por último, dentro de las variables de control, las siguientes variables más importantes serían, por este orden, el haber perdido a la pareja (β = ,077; *r* parcial = ,118), el haber perdido a un/a hijo/a (β = ,072; *r* parcial = ,110), el que haya pasado un menor número de años desde el fallecimiento (β = -,068; *r* parcial = -,099) y el que el doliente fuese mujer (β = ,065; *r* parcial = ,102).

7.5 Discusión

Pese a todo el recorrido realizado a través del capítulo 4 por la literatura científica sobre el papel de la rumiación y metacognición en el duelo complicado, el presente Estudio 2 es el primero que la autora tenga constancia que analiza ambos constructos de manera conjunta y que también analiza los factores, componentes o tipos de ambos constructos. Esta es la principal razón por la cual dicho estudio es innovador, proporcionando datos inéditos hasta ahora sobre los factores cognitivos asociados al duelo complicado.

En general, los resultados del Estudio 2 avalan gran parte de las hipótesis que abrían este capítulo. Efectivamente, controlando el efecto de diversas variables sociodemográficas y relacionadas con el fallecimiento que en la literatura científica se habían mostrado relacionadas con el duelo complicado, algunas de las cuales han visto corroboradas esa relación en el presente estudio (p. ej., el sexo del doliente, el haber perdido a una pareja, el haber perdido a un/a hijo/a, el número de años transcurridos desde el fallecimiento), los resultados de los análisis de regresión múltiple realizados revelan que, por orden de importancia, la rumiación sobre el duelo, el apoyo social y la metacognición están asociadas de forma significativa con el DC disfuncional, de manera que los dolientes que muestran mayores niveles globales de rumiación sobre el duelo y de metacognición manifiestan niveles más elevados de DC disfuncional, mientras que los dolientes que muestran mayores niveles de apoyo social manifiestan niveles más bajos de DC disfuncional. Estos resultados corroboran las hipótesis 1, 2 y 3 planteadas en este estudio, aunque, como se discutirá más adelante, con más fuerza en el caso de la hipótesis 1 que de la hipótesis 2, y, por tanto, sugieren que la rumiación sobre el duelo,

la metacognición y el apoyo social podrían ser factores de origen, mantenimiento, exacerbación o, en el caso del apoyo social, de protección del duelo complicado.

De todos estos posibles factores del duelo complicado, los resultados del presente estudio sugieren que la rumiación sobre el duelo es el más importante, ya que los resultados encontrados también revelan, por un lado, que los cinco tipos de rumiación que distingue la medida de rumiación sobre el duelo utilizada en este estudio (p. ej., rumiación sobre el significado y las consecuencias del fallecimiento, rumiación sobre la injusticia de la muerte, rumiación sobre las propias reacciones emocionales negativas ante la muerte, etc.) están todos ellos asociados significativamente con el DC disfuncional controlando el efecto de los restantes tipos de rumiación y el efecto de las restantes variables examinadas en este estudio, y, en segundo lugar, que la medida global de rumiación sobre duelo mostraba una correlación parcial de tamaño grande con el DC disfuncional que suponía que podía explicar el 42 % de las diferencias individuales en DC disfuncional incluso tras controlar el efecto del apoyo social, de la metacognición, del sexo, del hecho de que la persona fallecida hubiese sido la pareja o un/a hijo/a o el número de años transcurridos desde el fallecimiento (*r* parcial = ,647).

En conclusión, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la enorme importancia que tiene el constructo de la rumiación sobre el duelo a la hora de explicar el duelo complicado, por lo que estos resultados son coherentes con la literatura científica ya existente y que fue revisada en el capítulo 4. Pero en esta tesis, al contrario que en la mayoría de estudios previos, se ha ido más allá de las medidas globales de rumiación sobre el duelo y se ha profundizado en este constructo, en particular, en el papel de los factores o tipos de rumiación del duelo, encontrándose, por ejemplo, que la rumiación sobre el significado y las consecuencias de la experiencia de la muerte o la rumiación sobre la injusticia de la muerte son los dos tipos de rumiación sobre el duelo

que muestran una mayor relación con el DC disfuncional, explicando cada uno de ellos un 5 % de las diferencias individuales en DC disfuncional tras controlar el efecto de los otros tres tipos de rumiación sobre el duelo, así como el efecto del apoyo social, de la metacognición, del sexo, del hecho de que la persona fallecida hubiese sido la pareja o un/a hijo/a o el número de años transcurridos desde el fallecimiento (*r* parcial = ,229 y ,219, respectivamente).

Además, en comparación con la mayoría de estudios previos que han examinado la relación entre rumiación sobre el duelo y duelo complicado utilizando una simple medida de sintomatología de duelo complicado, en el presente estudio se ha empleado una medida de DC disfuncional que integra en un solo índice una medida de sintomatología de duelo complicado y una medida del nivel de inadaptación que produce dicha sintomatología y que, por lo tanto, es un mejor indicador del duelo complicado desde el punto de vista de su significación clínica.

Por otro lado, respecto al otro constructo cognitivo puesto a prueba en este Estudio 2, esto es, la metacognición, los resultados muestran que el nivel global de metacognición explica casi el 5 % de las diferencias individuales en DC disfuncional una vez controlado el efecto del resto de las variables (*r* parcial = ,214). Y, de nuevo, yendo más allá, cuando se han analizado los tipos de creencias metacognitivas, se ha comprobado que el único factor del MCQ-30 asociado de manera significativa con el DC disfuncional es el referido a las creencias negativas sobre la controlabilidad y peligrosidad de la preocupación. Esto quiere decir que los dolientes con un duelo complicado más disfuncional piensan, por ejemplo, que sus pensamientos preocupantes persisten, independientemente de cómo intenten detenerlos, o que no pueden ignorar los pensamientos que les preocupan. Por lo tanto, se ha encontrado que la metacognición es importante en el DC disfuncional, pero no todos los tipos de metacognición por igual.

Este hallazgo también coincide en parte con el encontrado en el Estudio 1, pues este tipo de creencia metacognitiva era un elemento diferenciador a la hora de comparar los dolientes con duelo normal frente a duelo complicado, siendo estos últimos quienes más mostraban este tipo de metacognición disfuncional.

Dado que el duelo complicado se caracteriza por una variedad de alteraciones afectivas relacionadas con la pérdida como, por ejemplo, culpa, ira y tristeza (véase la definición diagnóstica del trastorno de duelo prolongado de la CIE-11; WHO, 2018) y dado que la rumiación y la metacognición se han relacionado con trastornos emocionales muy diversos (p. ej., TDM, TAG, TEPT), parece prudente identificar e investigar las interrelaciones de los estilos de pensamiento asociados, para comprender aún más los mecanismos de trabajo a través de los cuales estos procesos cognitivos afectan el ajuste al duelo y, en consecuencia, poder mejorar la comprensión del desarrollo del duelo complicado y el tratamiento de la angustia y la disfunción después de una pérdida.

Por lo tanto, el conocimiento relativo a los factores que hacen a una persona vulnerable a complicaciones en su proceso de duelo resulta imprescindible para predecir qué personas desarrollarán tal trastorno y/o sintomatología y, así, identificar y priorizar objetivos terapéuticos. Es más, en la medida que la rumiación y la metacognición disfuncionales son elementos de vulnerabilidad cognitiva al duelo complicado, las implicaciones de los resultados de este estudio se extienden también a los programas destinados a la prevención y detección precoz de los diferentes procesos de duelo, por ejemplo, con familiares de personas que se encuentran en las últimas etapas de su vida o en cuidados paliativos. Los hallazgos aquí encontrados también son de utilidad para desarrollar modelos teóricos sobre la etiología del duelo, un proceso que todo ser humano transita al menos una vez a lo largo de su vida.

Respecto a la tercera hipótesis planteada en este estudio, se quería comprobar, en la presente muestra de dolientes, si el apoyo social percibido era un factor relacionado de manera inversa con el DC disfuncional. En este caso, los resultados también han confirmado la hipótesis de partida, ya que el apoyo social parece explicar alrededor del 5 % de las diferencias individuales en DC disfuncional tras controlar el efecto de otras variables (*r* parcial entre -,226 y -,239), lo que indica que también es una variable importante para entender el duelo complicado.

Durante el epígrafe destinado al apoyo social dentro del capítulo 4 se concluía que existía una evidencia mixta sobre si el apoyo social se asocia con reducciones en la sintomatología del duelo complicado, pero los resultados de este estudio claramente apoyan esa asociación, es decir, apoyan la idea de que el apoyo social parece funcionar como un factor protector o amortiguador de la sintomatología disfuncional de duelo complicado.

Sin duda alguna, se necesita más investigación empírica sobre estos tres constructos (rumiación, metacognición y apoyo social) y sobre su papel en el proceso del duelo y en el duelo complicado. Especialmente, en el papel que cumple la metacognición, debido a la escasa investigación que existe sobre ella, y sobre el apoyo social, debido a la evidencia mixta que existe sobre él. Sin lugar a duda, son necesarios estudios longitudinales para que los resultados y conclusiones de este estudio transversal tengan una mayor solidez y, precisamente, esta limitación del presente estudio fue la que motivó la realización de un tercer estudio que se describirá en el siguiente capítulo.

Otro resultado relevante a destacar de este estudio es que se encontró que el hecho de que la muerte del ser querido hubiese sido traumática no mostró una

asociación estadísticamente significativa con el DC disfuncional tras controlar el efecto del resto de variables examinadas. Este hallazgo, además de no corroborar la hipótesis 4 del presente estudio, refuerza la conclusión del Estudio 1 de que el haber sufrido una muerte traumática no determina una categoría distinta dentro del constructo de duelo complicado, es decir, que el duelo traumático no es un constructo diferente al de duelo complicado después de una muerte no traumática, y, en consecuencia, el haber sufrido una muerte traumática no parece que sea un elemento a tener en cuenta a la hora del abordaje o tratamiento del duelo complicado, al menos en cuanto a los procesos abordados en la presente tesis doctoral, esto es, rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social, a excepción de esa mayor tendencia a las rumiaciones de tipo contrafactuales que se encontró en el Estudio 1.

En este sentido, los resultados de este estudio apoyan la decisión tomada en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) de eliminar el especificador de duelo traumático que proponía el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para el diagnóstico del trastorno de duelo complejo persistente, diagnóstico que en el DSM-5-TR se denomina trastorno de duelo prolongado. Pero esto no quiere decir que la muerte traumática de un ser querido no sea un factor importante en el duelo complicado, ya que, como ha demostrado la literatura científica, una muerte traumática aumenta significativamente la probabilidad de sufrir duelo complicado en comparación a las muertes naturales o no traumáticas, de manera que la prevalencia del duelo complicado es del 49 % tras una muerte traumática (Djelantik et al. 2020) y, en cambio, es de solo un 9,8 % tras una muerte natural o no traumática (Lundorff et al., 2017). Por tanto, parece que la muerte traumática del ser querido es un factor que agrava notablemente las reacciones de duelo y aumenta significativamente la probabilidad de duelo complicado, sin determinar por ello un constructo diferente al de duelo complicado.

Capítulo 8

Estudio 3

CAPÍTULO 8

ESTUDIO 3

Tal y como se ha ido viendo a lo largo de la presente tesis doctoral, y como ocurre en general en la disciplina de la psicología, una de las grandes limitaciones a la hora de establecer conclusiones sobre posibles factores causales es la falta de estudios longitudinales con los cuales poder fundamentar la dirección de las relaciones que se encuentran.

La evidencia acumulada hasta ahora es que la rumiación predice la sintomatología de duelo complicado. Generalmente, la rumiación depresiva muestra asociaciones longitudinales con los síntomas de duelo complicado (p. ej., Boelen et al., 2012, 2016b) y, de forma similar, la rumiación sobre el duelo y sus tipos generalmente también muestran asociaciones longitudinales positivas de moderadas a grandes con los síntomas de duelo complicado. Por ejemplo, Eisma et al. (2013) encontraron, en un estudio longitudinal de seis meses con 282 adultos en duelo, que, controlando los niveles iniciales de síntomas de duelo complicado, la rumiación sobre el duelo, evaluada a través de la UGRS, predijo los niveles posteriores de síntomas de duelo complicado y también de depresión. Este tipo de diseño longitudinal también fue utilizado en los estudios de Johnsen et al. (2018) o de van der Houwen et al. (2010). En la mayoría de estos estudios la medida utilizada para evaluar la rumiación sobre el duelo ha sido la escala UGRS. Incluso hay estudios que analizaron ambos tipos de rumiación, rumiación depresiva y rumiación sobre el duelo, a la vez, como hicieron Eisma et al (2015c), encontrando que ambas predecían mayor sintomatología de duelo complicado, pero que

la rumiación sobre el duelo explicaba más varianza de esos niveles de sintomatología que la rumiación depresiva.

Sin embargo, y como se adelantaba en los capítulos anteriores, no existe ningún estudio longitudinal que examine el papel de la rumiación en el duelo complicado en población española. De la misma manera, tampoco existe ningún estudio longitudinal con población española que evalúe la relación de las creencias metacognitivas con el duelo complicado, ya que, de hecho, no existe ningún estudio, ni transversal ni longitudinal, que examine la relación entre metacognición y duelo complicado en nuestro país. De hecho, ya se ha comentado que la investigación sobre metacognición en duelo complicado es escasa a nivel internacional y siempre con estudios transversales.

Finalmente, y en relación con el estudio del apoyo social en duelo, nos encontramos con la misma limitación, la escasez de estudios longitudinales. Por ejemplo, en la revisión sistemática sobre el apoyo social en el bienestar psicológico en dolientes por causa de muerte violenta o repentina (Scott et al., 2020), de dieciséis estudios encontrados, únicamente uno fue longitudinal, el cual no encontró asociación de ningún tipo. En España, el escenario es similar. Por ejemplo, en la revisión sistemática de Parro-Jiménez et al. (2021) sobre la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y protección en adultos con duelo complicado, de los doce estudios encontrados, solo tres evaluaban el apoyo social y ninguno de estos lo hacía a nivel longitudinal.

En el Estudio 2, se han encontrado datos sobre la relación que guardan la rumiación sobre el duelo, la metacognición disfuncional y el apoyo social percibido con la sintomatología de duelo complicado disfuncional, lo que sería coherente con la idea de que estos tres constructos son factores de vulnerabilidad para este trastorno. Sin

embargo, una limitación de dicho estudio es que su diseño es transversal y, por ende, no se puede asegurar si son estos factores los que afectan a la sintomatología de duelo complicado disfuncional o, al contrario, son estos síntomas los que precipitan cambios en esos factores. Para esclarecer esta cuestión tan importante, se llevó a cabo un estudio con diseño longitudinal (Estudio 3) a partir de la misma muestra de dolientes que participó en los estudios 1 y 2.

En consecuencia, esta sería el primer estudio del que la autora de la presente tesis tenga constancia que examine simultánea y longitudinalmente la relación de la rumiación sobre el duelo, de las creencias metacognitivas y del apoyo social percibido con el duelo complicado, y también el primero en población española. Además, a diferencia de la mayoría de los estudios previos que han examinado la relación longitudinal entre algunos de estos factores y el duelo complicado, en el presente estudio se utilizó una medida de DC disfuncional que integra en un solo índice una medida de sintomatología de duelo complicado y una medida del nivel de inadaptación que produce dicha sintomatología y que, por lo tanto, es un mejor indicador del duelo complicado desde el punto de vista de su significación clínica que la simple medida de sintomatología de duelo complicado que ha sido utilizada en estudios previos.

8.1 Objetivo

El objetivo del Estudio 3 fue examinar, a través de un diseño longitudinal, la capacidad de la rumiación sobre el duelo y sus diferentes tipos, de la metacognición disfuncional y sus diferentes tipos y del apoyo social percibido para predecir el nivel futuro de síntomas de duelo complicado disfuncional.

8.2 Hipótesis

- Hipótesis 1: Los niveles de rumiación sobre el duelo evaluados en el tiempo 1 se relacionarán positiva y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional evaluada 2-3 meses después (tiempo 2).
- Hipótesis 2: Los niveles de metacognición disfuncionales evaluados en el tiempo 1 se relacionarán positiva y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional evaluada 2-3 meses después (tiempo 2).
- Hipótesis 3: Los niveles de apoyo social percibido evaluados en el tiempo 1 se relacionarán negativa y significativamente con la sintomatología de duelo complicado disfuncional evaluada 2-3 meses después (tiempo 2).

8.3 Método

8.3.1. Participantes

Para el tercer estudio se contó con una muestra de 385 participantes procedentes de la muestra de dolientes que había participado en los estudios 1 y 2 y que habían completado tanto la evaluación psicológica descrita en dichos estudios como la evaluación psicológica que se realizó 2-3 meses después y que se describirá más adelante. La edad de los participantes del Estudio 3 oscilaba entre los 18 y 89 años (*M* = 46,32; *DT* = 20,19). En las tablas 8.1 y 8.2 pueden consultarse las características sociodemográficas de la muestra, así como las características relacionadas con el fallecimiento. Respecto a las características sociodemográficas, se vuelve a destacar la

similitud de la muestra de participantes con la población española en cuanto a la distribución del sexo y la edad media (INE, 2022). Se observa también la amplia heterogeneidad de la muestra en cuanto a su estado civil, situación laboral y nivel de estudios.

Tabla 8.1. Características sociodemográficas de los participantes del Estudio 3.

Característica	***N* (%) o *M* (*DT*)**
Sexo, *N* (% de mujeres)	230 (59,70)
Edad en años, *M* (*DT*)	46,32 (20,19)
Estado civil, *N* (%)	
Casado	166 (43,10)
Soltero	134 (34,80)
Divorciado/separado	35 (9,10)
Viudo	33 (8,60)
Conviviendo con pareja estable	17 (4,40)
Situación laboral, *N* (%)	
Trabajando contratado	140 (36,40)
Estudiante	79 (20,50)
Jubilado	69 (17,90)
Trabajando por cuenta propia	27 (7,00)
Estudiante y trabajador	25 (6,50)
Ama/o de casa	24 (6,20)
En paro	21 (5,50)
Estudios de mayor nivel, *N* (%)	
Bachillerato/Formación Profesional	178 (46,20)
Universitarios	107 (27,80)
Primarios/secundarios	87 (22,60)
Ninguno	13 (3,40)
Nacionalidad, *N* (% de españoles)	368 (95,50)

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica.

Tabla 8.2. Características en relación con el fallecimiento de su ser querido de los participantes del Estudio 3.

Característica	***N* (%) o *M* (*DT*)**
Sexo del fallecido, *N* (% de mujeres)	180 (46,90)
Edad del fallecido, *M* (*DT*)	61,56 (24,30)
Número de seres queridos fallecidos, *M* (*DT*)	3,58 (3,20)
Años desde el fallecimiento, *M* (*DT*)	13,64 (13,97)
Parentesco, *N* (%)	
Padre/madre	142 (37,00)
Abuelo/abuela	99 (25,80)
Otros	61 (15,80)
Hermano/a	39 (10,20)
Pareja	33 (8,30)
Hijo/a	11 (2,90)
Causa de la muerte, *N* (%)	
Enfermedad	190 (49,50)
Edad	56 (14,60)
Accidente	47 (12,20)
Muerte súbita (antes de los 65 años)	30 (7,80)
Suicidio	21 (5,50)
Infarto o ictus (antes de los 55 años)	20 (5,00)
Otras	15 (3,90)
Violencia física	4 (1,00)
Atentado terrorista	2 (,50)

Nota. *M* = media. *DT* = desviación típica.

Atendiendo a la tabla 8.2 se puede observar que más de la mitad de los dolientes de la muestra (58,4 %) eran familiares de primer grado de personas fallecidas. La media de años entre el fallecimiento del familiar y la realización de la evaluación psicológica

fue de 13,64 años (*DT* = 13,97), por lo que también se considera que es una evaluación del duelo complicado muy a largo plazo. La media de fallecimientos de seres queridos que los participantes habían sufrido a lo largo de su vida fue de 3,58 personas (*DT* = 3,20).

En relación con la causa de la muerte, más de la mitad de los seres queridos de la muestra de participantes (65,60 %) fallecieron por su edad o a causa de una enfermedad, por lo que fueron consideradas en este estudio muertes naturales o no traumáticas, mientras que el fallecimiento por muerte traumática ocurrió en un 34,40 % de la muestra.

Por último, en lo relativo a qué fallecimientos ocurrieron durante la pandemia de la COVID-19, solo el 4,68 % (*n* = 18) de estos ocurrieron en 2020 y tan solo el 1,30 % (*n* = 5) ocurrieron en 2021. Tal y como se explicó en el apartado 6.3.1 del Estudio 1, no se posee una información precisa sobre si las personas fallecidas durante 2020 o 2021 fallecieron debido a la COVID-19, ya que tan solo en cinco de esos 23 fallecimientos, los dolientes especificaron que los mismos se debieron efectivamente a la COVID-19. No obstante, aun asumiendo que esa cifra de cinco probablemente infraestima el número de fallecidos por COVID-19 que ocurrieron entre esos 23 fallecimientos, estos últimos supondrían, en todo caso, un porcentaje muy pequeño (5,98 %) de fallecimientos respecto al total de los fallecimientos que sufrieron los dolientes que participaron en este estudio.

Al constituir un estudio longitudinal, en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la muestra, cabe indicar los siguientes:

– Criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años; 2) haber sufrido una pérdida significativa, y 3) ser hispanohablante.

- Criterio de exclusión: 1) presentar alguna patología o condición mental y/o física que imposibilite la cumplimentación de la evaluación psicológica (p. ej., estar bajo los efectos de sustancias, padecer un trastorno mental grave, esto es, del espectro psicótico, bipolar o de la personalidad, padecer un trastorno del desarrollo o neurodegenerativo); 2) no completar la segunda evaluación, y 3) que la segunda evaluación fuera completada en referencia a un fallecimiento diferente al fallecimiento que se había tenido en cuenta durante la primera evaluación.

8.3.2. Variables e instrumentos

Para la evaluación en el tiempo 1 (T1) se utilizaron los mismos instrumentos descritos en el apartado correspondiente del Estudio 1, es decir, un cuestionario *ad hoc*, el IDC, la EI, la UGRS, la EMAS y el MCQ-30. Remitimos al lector a dicho apartado para su descripción.

La evaluación en el tiempo 2 (T2) se realizó a través de una plataforma informática, que se explicará más en detalle en el siguiente apartado. Y en esta segunda evaluación, las variables medidas y los instrumentos aplicados fueron las siguientes:

- *Características sociodemográficas y características del duelo y de los fallecimientos*

  Cuestionario *ad hoc* para recoger la siguiente información:

  - Características sociodemográficas:
    1) Edad, que debía ser respondida indicándola con dos dígitos.
    2) Nacionalidad, que debía escribirse.
    3) Sexo, eligiendo entre “hombre”, “mujer” u “otro”.

4) Estado civil, eligiendo entre “casado”, “viudo”, “divorciado/a, “separado/a”, “soltero/a” o “conviviendo con pareja estable”.
5) Situación laboral, que se separaba en “trabajando contratado”, “trabajando por cuenta propia”, “en paro”, “estudiante”, “estudiante y trabajador”, “ama/o de casa” o “jubilado/a.
6) Nivel de estudios de más alto nivel completados, que se dividió en “ninguno”, “primarios”, “BUP/COU/bachillerato”, “formación profesional”, “diplomatura, licenciatura o grado”, “máster” o “doctorado”.

El motivo por el cual se repitieron dichas preguntas fue una forma de asegurar que el cuestionario estaba siendo respondido por la misma persona.

- Información relacionada con el duelo. Se les pedía a los participantes que eligiesen el mismo fallecimiento sobre el cual habían respondido la evaluación anterior:
  1) Sexo de la persona fallecida, eligiendo entre “hombre “o “mujer”.
  2) Edad de la persona elegida cuando falleció, que debía ser respondida indicándola con dígitos.
  3) Tiempo desde el fallecimiento, que debía escribirse.
  4) Grado de parentesco con la persona fallecida, eligiendo entre “padre/madre”, “pareja”, “hermano/a” u “otros (especificar)”.
  5) Causa del fallecimiento, eligiendo entre “infarto/ictus”, “muerte súbita”, “atentando terrorista”, “desastre natural”, “accidente de vehículo, doméstico, laboral, …”, “violencia física (por ejemplo, asesinato)”, “suicidio” u “otros (especificar)”.

El motivo por el cual se repitieron dichas preguntas fue una forma de asegurar que el doliente respondería a los siguientes cuestionarios en referencia al mismo duelo que eligió en el primer momento de la evaluación (T1).

- *Sintomatología de duelo complicado*. Se utilizó el IDC (Prigerson et al., 1995b; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009). Se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para una descripción más detallada de este inventario.
- *Grado de inadaptación*. Se aplicó la EI (Echeburúa et al., 2000). En aras de la brevedad, se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para una obtener más información sobre esta escala.
- *Nivel de apoyo social percibido.* Se utilizó la EMAS (Zimet et al., 1988; adaptación española de Ruiz et al., 2017). En aras de la brevedad, se remite al lector al apartado de *Variables e instrumentos* del Estudio 1 para obtener una descripción más detallada de esta escala.

El motivo para reducir el número de instrumentos utilizados en la segunda recogida de datos fue, en la medida de lo posible, evitar la mortandad experimental, así como la recolección de datos erróneos.

8.3.3. Procedimiento

El procedimiento seguido para la recolección de datos en el T1 ya ha sido explicado en el apartado correspondiente del Estudio 1, por lo que se remite al lector a dicho apartado para obtener más detalles, y se procede a explicar lo relativo al procedimiento relacionado con el segundo momento de medida.

A los alumnos se les explicó desde el primer momento que el estudio en el que estaban colaborando constaba de dos partes, y así debían hacérselo saber a las personas de su entorno a las que evaluasen. Se insistió en que apuntasen los códigos asignados, y que apuntasen y recordasen respecto a qué fallecimiento estaban rellenando la batería de cuestionarios (ya que, aunque se les pedía a los participantes que eligiesen el fallecimiento que les hubiese causado un mayor impacto y afectación emocional, podría haber varios y cambiar de una evaluación a otra), y que contestasen al resto del cuestionario centrándose en esa persona. Se dieron estas pautas para mitigar en la medida de lo posible la habitual mortandad experimental de los estudios longitudinales

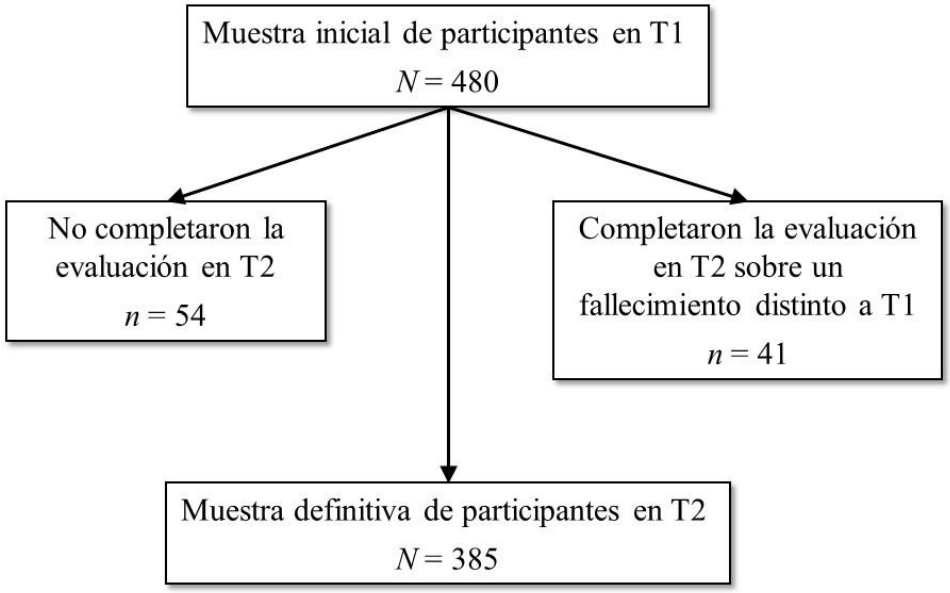
Se comunicó a los participantes que en 2-3 meses tendrían que volver a completar una evaluación muy similar, pero más corta y, en esta segunda ocasión, de manera telemática a través de Internet. La utilización de un procedimiento telemático mediante Internet tenía la ventaja adicional de que minimizaba al máximo la probabilidad de aparición de valores perdidos, ya que para pasar de página y finalizar la participación, se debía contestar obligatoriamente a todas las preguntas.

Por lo tanto, cuando habían pasado dos meses desde la primera evaluación, se contactaba de nuevo con los participantes, haciéndoles llegar la segunda evaluación y dándoles un mes de tiempo para que pudiesen completarla. El tiempo medio transcurrido entre ambas evaluaciones fue de 77,90 días (*DT* = 8,14), esto es, aproximadamente dos meses y medio.

Con relación a los participantes del presente estudio, de la muestra total recogida y utilizada en los Estudios 1 y 2, que fue una muestra total inicial de 480 participantes, fueron excluidos 95 de ellos para este tercer estudio. De estos 95 participantes que fueron excluidos, 54 de ellos fue debido a que no completaron la segunda evaluación,

mientras que 41 de ellos sí que la completaron, pero referían otro fallecimiento diferente al que se había evaluado en la primera ocasión, quedando así una muestra final de 385 dolientes (véase la figura 8.1).

Figura 8.1. Diagrama de flujo de los participantes y del procedimiento del Estudio 3



Nota. *T1* = tiempo 1. *T2* = tiempo 2.

8.3.4. Análisis estadístico

En primer lugar, se calcularon las correlaciones bivariadas de Pearson para conocer las relaciones entre las diferentes variables a estudiar y, así mismo, para poder descartar de los posteriores análisis de regresión lineal múltiple aquellas variables que no mostrasen relaciones lineales estadísticamente significativas con el DC disfuncional medida en T2, ya que un supuesto estadístico del análisis de regresión lineal múltiple es que cada una de las variables predictoras debe estar relacionada linealmente con la

variable criterio. También, antes de llevar a cabo los análisis de regresión lineal múltiple, se comprobó que, para las diferentes variables predictoras continuas de interés (rumiación sobre el duelo, metacognición, apoyo social y duelo complicado disfuncional), se cumpliera el supuesto de distribución normal de las puntuaciones y, así mismo, se comprobó que, para todas las variables predictoras de interés y de control, se cumpliera el supuesto de multicolinealidad.

Después, se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple. En ambos, la variable criterio fue la puntuación factorial en DC disfuncional en T2 y las variables de control las siguientes: el sexo, la edad, si convivía con alguien (0 = no; 1 = sí), si estaba trabajando (0 = no; 1 = sí), su nivel de estudios (0 = ninguno; 1 = primarios; 2 = secundarios; 3 = superiores), el parentesco con la persona fallecida (variable *dummy* detallada en el apartado *Resultados* del Estudio 1), la edad del fallecido, la cronicidad (número de años desde el fallecimiento), la cantidad de fallecimientos sufridos a lo largo de la vida, si la causa de la muerte había sido traumática (0 = no; 1 = sí) y la puntuación factorial de DC disfuncional en T1. En ambos análisis de regresión lineal múltiple, las variables predictoras de interés fueron el nivel de apoyo social, la rumiación sobre el duelo y la metacognición, pero, mientras que en el primer análisis se incluyeron las puntuaciones totales, pero no la de los factores o subescalas de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición, en el segundo análisis se incluyeron las puntuaciones de cada uno de los factores o subescalas de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición y, en cambio, se excluyeron sus puntuaciones totales.

8.4 Resultados

Capacidad de predicción de la rumiación sobre el duelo, la metacognición y el apoyo social sobre el duelo complicado disfuncional

En la tabla 8.3, se presenta la matriz de correlaciones de Pearson entre todas las variables consideradas para el primer análisis de regresión lineal múltiple realizado en el presente estudio, incluidas las puntuaciones totales en las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición, pero excluidas las puntuaciones de sus factores.

Como puede verse en la tabla 8.3, todas las variables predictoras de interés mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC disfuncional en T2, oscilando entre una correlación de tamaño medio para la metacognición (r = ,320) y una correlación de tamaño grande para la rumiación sobre el duelo (r = ,626). Además, casi todas las variables predictoras de control también mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC disfuncional en T2, exceptuando la edad del doliente, que el fallecido fuese un/a hermano/a y el número de seres queridos fallecidos a lo largo de la vida. Por lo tanto, estas variables se excluyeron para el posterior análisis de regresión lineal múltiple del estudio longitudinal, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla, la 8.4. El hecho de que casi todas las variables correlacionaran de manera estadísticamente significativa avala a nivel metodológico el uso de este análisis de regresión lineal múltiple. Por otro lado, cabe destacar que, como cabría esperar, la variable que correlacionaba en mayor medida con el DC disfuncional en T2 era la variable control del nivel de DC disfuncional en T1 (r = ,713).

Tabla 8.3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen las medidas totales de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

Variables	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1. DC disfuncional T2	—																
2. Edad	-,005	—															
3. Sexo	,106*	,071	—														
4. Estar conviviendo	-,123*	,462*	-,094*	—													
5. Estar trabajando	-,113*	-,001	-,170*	,238*	—												
6. Nivel de estudios	-,118*	-,301*	-,044	-,028	,298*	—											
7. Parentesco: padres	,111*	,234*	,040	,233*	,130*	,012	—										
8. Parentesco: hermano/a	-,035	,228*	,046	,227*	-,017	-,070	-,239*	—									
9. Parentesco: pareja	,206*	,273*	,077	-,211*	-,081	-,228*	-,223*	-,093*	—								
10. Parentesco: hijo/a	,114*	,148*	,048	,063	,022	-,133*	-,134*	-,052	-,052	—							
11. Edad fallecido	-,087*	-,039	,022	-,090*	-,026	,027	,197*	-,327*	-,077	-,345*	—						
12. Cronicidad	-,176*	,478*	,001	,304*	,035	-,074	,137*	,279*	-,036	,063	-,365*	—					
13. N.º de seres queridos fallecidos	,056	,288*	,071	,134*	-,043	-,088*	-,044	,095*	-,005	,136*	-,073	,177*	—				

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
14. Muerte traumática	,104*	-,048	-,104*	,011	,037	-,040	-,098*	,176*	,066	,178*	-,710*	,232*	-,002	—			
15. DC disfuncional T1	,713*	-,005	,164*	-,155*	-,118*	-,129*	,090*	-,041	,234*	,135*	-,102*	-,149*	,035	,149*	—		
16. UGRS total	,626*	-,070	,159*	-,190*	-,144*	-,133*	,076	,018	,241*	,091*	-,163*	-,141*	-,041	,263*	,757*	—	
17. MCQ total	,320*	-,101*	,018	-,090*	-,072	-,004	-,001	,020	-,053	,043	-,015	,011	,099*	,048	,365*	,310*	—
18. EMAS	-,346*	-,073	,030	,037	,130*	,078	-,150*	,039	-,068	-,016	-,054	-,011	,037	,020	,422*	-,308*	-1,44*

Nota. DC: duelo complicado. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Tabla 8.4. Resumen de los resultados del primer análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen, como predictores, las puntuaciones totales de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

Predictores	**β**	***p***	***r* parcial**	**Colinealidad**	
				Tolerancia	**VIF**
Sexo	-,005	,886	-,008	,896	1,117
Estar conviviendo	,000	,999	,000	,775	1,291
Estar trabajando	-,029	,471	-,038	,798	1,253
Estudios de mayor nivel	,001	,976	,002	,820	1,220
Parentesco: padres	,082	,052	,103	,743	1,346
Parentesco: pareja	,079	,056	,101	,770	1,298
Parentesco: hijo/a	,030	,452	,040	,808	1,238
Edad del fallecido	-,096	,101	-,087	,381	2,627
Cronicidad	-,104	,016*	-,127	,700	1,429
Muerte traumática	-,054	,311	-,054	,454	2,202
DC disfuncional en T1	,466	<,001*	,371	,341	2,935
UGRS total	,177	,003*	,157	,373	2,680
MCQ total	,077	,056	,101	,809	1,237
EMAS	-,062	,131	-,080	,768	1,301
R^2 ajustado	,518	<,001			

Nota. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Es necesario indicar que no se observaron indicios de problemas de colinealidad entre las variables predictoras del modelo que pudieran afectar a los resultados obtenidos en los análisis de regresión. Los índicesde tolerancia fueron todos superiores a ,20, mientras que los valores de los VIF fueron todos menores de 2, a excepción de los VIF de dos variables control (edad de la persona fallecida y muerte traumática) y de dos variables predictoras (puntuación total en la UGRS y puntuación de DC disfuncional en T1), cuyos VIF eran en todos los casos algo superiores a 2, pero estaban muy por debajo

del valor de 12 que indicaría un problema grave de colinealidad (Martínez Arias et al., 2015). Los índices de tolerancia y los VIF se pueden consultar en la tabla 8.4.

Los resultados del análisis de regresión indicaron un modelo que explicaba el 51,8% de la varianza del DC disfuncional en T2 ($R^2ajustado$ = ,518; F = 14,35, p < ,001). El valor del estadístico Durbin-Watson fue de 2,090 (prácticamente 2), lo que indica una ausencia casi total de autocorrelación entre las variables incluidas en el modelo.

Dentro de este modelo, la puntuación factorial de DC disfuncional en el T1 mostró, como era de esperar, una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional en el T2 (p = <,001). Después, solo la puntuación total de una de las variables predictoras, la rumiación (p = ,003), mostró una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional en el T2. Sin embargo, es justo destacar que la puntuación total de la metacognición mostró una tendencia a la significación (p = ,056).

En cuanto a las variables control, únicamente los años transcurridos desde el fallecimiento (p = ,016) mostraron una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional transcurridos dos meses y medio desde la primera evaluación, y una vez controlado el efecto de las anteriores variables predictoras (véase la tabla 8.4).

El tamaño y el signo de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales que se observan en la tabla 8.4 indican que el constructo más importante para explicar la varianza de las puntuaciones de DC disfuncional medidas en el T2 era, en primer lugar, una mayor puntuación de DC disfuncional en el T1 (β = ,466; r parcial = ,371), seguido

muy de lejos por una mayor puntuación total de rumiación (β = ,177; *r* parcial = ,157) y por un menor tiempo transcurrido desde el fallecimiento (β = -,104; *r* parcial = -,127).

Por último, se considera importante destacar otros dos resultados que, sin ser significativos, sí están cerca del nivel de significación y que, por tanto, quizá merecería la pena comentar brevemente. Tanto el haber perdido a una pareja como el haber perdido a uno de los padres mostraron una asociación positiva con el nivel de DC disfuncional medido en el T2 que tendía a la significación (*p* = ,056 y ,052, respectivamente), mientras que el hecho de haber perdido un hijo/a no mostró una asocación estadísticamente significativa (*p* = ,452).

Capacidad de predicción de los tipos de rumiación sobre el duelo, los tipos de metacognición y el apoyo social sobre el duelo complicado disfuncional

En la tabla 8.5 (que se ha tenido que dividir en dos partes debido a su extensión), se presenta la matriz de correlaciones de Pearson entre todas las variables consideradas para el segundo análisis de regresión lineal múltiple realizado en el presente estudio, incluidas las puntuaciones en los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición, pero excluidas las puntuaciones totales de estas dos medidas.

Como cabría esperar, todas variables predictoras de interés mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC disfuncional en T2, oscilando entre una correlación de tamaño pequeño (*r* = ,104) para el factor 1 de la metacognición (creencias positivas) y una correlación de tamaño grande (*r* = ,584) para el factor 1 de la rumiación sobre el duelo (rumiación sobre el significado). Todas las variables predictoras de control mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el DC

disfuncional en T2, salvo tres: edad, que el fallecido fuese un/a hermano/a y el número de seres queridos fallecidos a lo largo de la vida (véase la tabla 8.5), por lo que estas tres variables se excluyeron del posterior análisis de regresión lineal múltiple. Por otro lado, cabe destacar que, como cabría esperar, la variable que correlacionaba en mayor medida con el DC disfuncional en T2 era el nivel de DC disfuncional en T1 (r = ,713).

No se observaron indicios de problemas de colinealidad entre las variables predictoras del modelo que pudieran afectar a los resultados obtenidos en los análisis de regresión. Los índices de tolerancia fueron todos superiores a ,20, mientras que los valores de los VIF fueron todos menores de 2, salvo los de dos variables control (edad de la persona fallecida y muerte traumática), y los de cinco variables predictoras (puntuación de DC disfuncional en T1, puntuación en los factores 1, 4 y 5 en la UGRS y puntuación en el factor 2 en el MCQ-30), cuyos VIF eran en todos los casos algo superiores a 2, pero que estaban muy por debajo del valor de 12 que indicaría un problema grave de colinealidad (Martínez Arias et al., 2015). Se pueden consultar los valores VIF y del índice de tolerancia en la tabla 8.6.

Tabla 8.5. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen los tipos o factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 1).

Variables	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
1. DC disfuncional T2	—													
2. Edad	-,005	—												
3. Sexo	,106*	,071	—											
4. Estar conviviendo	-,123*	,462*	-,094*	—										
5. Estar trabajando	-,113*	-,001	-,170*	,238*	—									
6. Estudios mayor nivel	-,118*	-,301*	-,044	-,028	,298*	—								
7. Parentesco: padres	,111*	,234*	,040	,233*	,130*	,012	—							
8. Parentesco: hermano/a	-,035	,228*	,046	,227*	-,017	-,070	-,239*	—						
9. Parentesco: pareja	,206*	,273*	,077	-,211*	-,081	-,228*	-,223*	-,093*	—					
10. Parentesco: hijo/a	,114*	,148*	,048	,063	,022	-,133*	-,134*	-,056	-052	—				
11. Edad fallecido	-,087*	-,039	,022	-,090*	-,026	,027	,197*	-,327*	-,077	-,345*	—			
12. N.º seres queridos fallecidos	,056	,288*	,071	,134*	-,043	-,088*	-,044	,095*	-,005	,136*	-,073	—		
13. Cronicidad	-,176*	,478*	,001	,304*	,035	-,074	,137*	,279*	-,036	,063	-,365*	,177*	—	
14. Muerte traumática	,104*	-,048	-,104*	,011	,037	-,040	-,098*	,176*	,066	,178*	-,710*	-,002	,232*	—
15. DC disfuncional T1	,713*	-,005	,164*	-,155*	-,118*	-,129*	,090*	-,041	,234*	,135*	-,102*	,035	-,149*	,149*
16. UGRS factor 1	,584*	-,031	,145*	-,165*	-,172*	-,099*	,067	,030	,289*	,050	-,110*	-,031	-,126*	,209*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
17. UGRS factor 2	,492*	,008	,174*	-,136*	-,141*	-,142*	,112*	-,006	,120*	,108*	-,048*	,037	-,079	,082
18. UGRS factor 3	,390*	-,020	,086	-,070	-,050	-,069	,046	,045	,153*	,099*	-,202*	-,062	-,048	,277*
19. UGRS factor 4	,563*	-,013	,131*	-,155*	-,137*	-,164*	,050	,018	,240*	,115*	-,209*	-,032	-,082	,263*
20. UGRS factor 5	,484*	-,225*	,092*	-,242*	-,099*	-,086	,019	-,016	,141*	-,005	-,064	-,051	-,231*	,182*
21. MCQ factor 1	,104*	-,090*	-,059	-,054	-,030	-,013	,019	-,037	-,024	-,028	,082	,020	-,001	-,029
22. MCQ factor 2	,383*	-,093*	,113*	-,115*	-,066	,010	-,047	,048	-,024	,042	-,086*	,099*	-,003	,051
23. MCQ factor 3	,203*	,209*	,023	,080	-,033	-,106*	,126*	,073	,047	,109*	-,048	,155*	,113*	,043
24. MCQ factor 4	,254*	-,074	-,032	-,058	-,078	-,030	-,051	,079	-,055	,034	-,037	,099*	,014	,030
25. MCQ factor 5	,148*	-,315*	-,001	-,163*	-,039	,127*	-,067	-,092*	-,132*	-,019	,043	-,033	-,092*	,066
26. EMAS	-,346*	-,073	,030	,037	,130*	,078	-,150*	,039	-,068	-,016	-,054	,037	-.011	,020

Nota. DC: duelo complicado. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Tabla 8.5. Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables a incluir en el segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en T2 en el que se incluyen los tipos o factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición (parte 2).

Variables	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**
16. UGRS factor 1	,690*	—									
17. UGRS factor 2	,591*	,537*	—								
18. UGRS factor 3	,529*	,546*	,422	—							
19. UGRS factor 4	,650*	,644*	,534*	,582*	—						
20. UGRS factor 5	,572*	,627*	,562*	,450*	,542*	—					
21. MCQ factor 1	,117*	,067	,074	,110*	,115*	,143*	—				
22. MCQ factor 2	,423*	,336*	,246*	,232*	,290*	,252*	,277*	—			
23. MCQ factor 3	,173*	,105*	,107*	,063	,144*	,063	,104*	,279*	—		
24. MCQ factor 4	,295*	,245*	,187*	,157*	,243*	,212*	,436*	,586*	,279*	—	
25. MCQ factor 5	,237*	,177*	,160*	,152*	,102*	.315*	,421*	,458*	,050	,486*	—
26. EMAS	-,422*	-,306*	-,368*	-,181*	-,202*	-,197	-,063*	-,209*	-,077*	-,123	-,019

Nota. DC: duelo complicado. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Tabla 8.6. Resumen de los resultados del segundo análisis de regresión lineal múltiple sobre el duelo complicado (DC) disfuncional en el T2 en el que se incluyen, como predictores, los factores de las medidas de rumiación sobre el duelo y de metacognición.

Predictores	**β**	***p***	***r* parcial**	**Colinealidad**	
				Tolerancia	**VIF**
Sexo	-,019	,623	-,026	,868	1,152
Estar conviviendo	,002	,969	,002	,748	1,336
Estar trabajando	-,026	,522	-,034	,777	1,286
Estudios de mayor nivel	,014	,723	,019	,785	1,274
Parentesco: padres	,069	,106	,087	,708	1,413
Parentesco: pareja	,063	,142	,079	,699	1,430
Parentesco: hijo/a	,030	,464	,039	,779	1,284
Edad del fallecido	-,073	,221	-,066	,364	2,744
Cronicidad	-,106	,015*	-,130	,683	1,464
Muerte traumática	-,034	,527	-,034	,437	2,288
DC disfuncional T1	,433	< ,001*	,345	,321	3,111
UGRS factor 1: significado	,096	,111	,085	,353	2,830
UGRS factor 2: relaciones	,057	,253	,061	,514	1,945
UGRS factor 3: contrafactual	-,056	,238	-,063	,567	1,764
UGRS factor 4: injusticia	,111	,046*	,107	,414	2,414
UGRS factor 5: reacciones	,043	,419	,043	,446	2,241
MCQ factor 1: creencias positivas	,022	,599	,028	,719	1,391
MCQ factor 2: creencias negativas	,115	,025*	,120	,492	2,033
MCQ factor 3: confianza cognitiva	,059	,138	,079	,812	1,232
MCQ factor 4: necesidad de control del pensamiento	-,020	,688	-,022	,503	1,988
MCQ factor 5: autoconciencia cognitiva	-,056	,255	-,061	,535	1,868
EMAS	-,048	,259	-,060	,714	1,401
R^2 ajustado	,526	< ,001			

Nota. *Estadísticamente significativo con $p < ,05$.

Los resultados del análisis de regresión mostraron un modelo que explicaba el 52,6 % de la varianza de la dimensión de DC disfuncional en T2 ($R^2ajustado$ = ,526; F= 22,348; p < ,001), un valor muy similar al resultante del anterior análisis de regresión lineal múltiple, ya que, al fin y al cabo, se incluyeron medidas parecidas. El valor del estadístico Durbin-Watson en este caso fue algo menor, de 2,101 (prácticamente 2), lo que también indica una ausencia casi perfecta de autocorrelación entre las variables incluidas en el modelo.

Dentro de este modelo longitudinal, solo dos de las puntuaciones de los factores de las variables predictoras de interés mostraron una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional en el T2. En concreto, de los factores de la UGRS, únicamente el factor 4 (rumiación sobre la injusticia de la muerte) mostró una asociación significativa (p = ,046), mientras que, de los factores del MCQ-30, únicamente el factor 2 (creencias negativas sobre la preocupación) mostró una asociación estadísticamente significativa con la puntuación de DC disfuncional medida en el T2 (p = ,025). Desde luego, y como cabría esperar, la puntuación de DC disfuncional en el T1 también mostró una asociación estadísticamente significativa (p < ,001). Entre las variables control, únicamente el número de años transcurridos desde el fallecimiento o cronicidad mostró una asociación estadísticamente significativa con las puntuaciones del DC disfuncional del T2 (p = ,015). Por supuesto, dadas las características de los análisis de regresión lineal múltiple, todas las asociaciones previamente comentadas se produjeron una vez controlado el efecto del resto de variables que formaban parte del modelo de regresión.

Como se puede observar en la tabla 8.6, el constructo más importante para explicar la varianza de las puntuaciones de DC disfuncional a nivel longitudinal era, desde luego, una puntuación mayor en DC disfuncional en el T1 (β = ,433;

r parcial = ,345), seguida, muy de lejos, por el hecho de hayan pasado menos años desde el fallecimiento (β = -,106; *r* parcial = -,130), por una puntuación mayor en el factor 2 (creencias negativas sobre la preocupación) del MCQ-30 (β = ,115; *r* parcial = ,120) y por una puntuación mayor en el factor 4 (rumiación sobre la injusticia de la muerte) de la UGRS (β = ,111; *r* parcial = ,107).

8.5 Discusión

El presente capítulo se abría resaltando la falta de investigación longitudinal sobre un trastorno como es el duelo complicado y, en particular, sobre las variables de interés de la presente tesis doctoral que podrían explicar las diferencias individuales en la experiencia de duelo complicado, esto es, las variables de rumiación sobre el duelo y de metacognición. Por lo cual, se considera que los hallazgos encontrados en este estudio son especialmente relevantes, pues contribuyen a ampliar la escasa investigación existente en este ámbito de trabajo.

Estos hallazgos indican que los dos modelos de regresión que se analizaron en el presente estudio longitudinal fueron estadísticamente significativos, de manera que, en el primer modelo, que explicaba más del 50 % de las diferencias individuales en DC disfuncional meses más tarde, se encontró que tres variables predecían de forma estadísticamente significativa dichas diferencias: el nivel previo de DC disfuncional, el nivel total de rumiación sobre el duelo y, de manera inversa, el número de años transcurridos desde el fallecimiento, tras controlar el efecto de las otras dos variables estadísticamente significativas y tras controlar el efecto de las siguientes variables que no fueron estadísticamente significativas: el nivel total de metacognición, el apoyo social percibido, el sexo, el vivir acompañado, el estar trabajando, el nivel de estudios,

el parentesco, la edad del fallecido, la cronicidad del duelo y si la muerte había sido traumática. En el segundo modelo de regresión analizado, el cual tenía en cuenta los factores o tipos de rumiación sobre el duelo y los factores o tipos de metacognición y que también explicaba más del 50 % de las diferencias individuales en DC disfuncional meses más tarde, cuatro variables predecían de forma estadísticamente significativa dichas diferencias: el nivel previo de DC disfuncional, la rumiación sobre la injusticia del fallecimiento, las creencias negativas sobre la preocupación y, de manera inversa, el número de años transcurridos desde el fallecimiento, tras controlar el efecto de las otras tres variables estadísticamente significativas y tras controlar el efecto de las siguientes variables que no fueron estadísticamente significativas: el resto de factores de rumiación sobre el duelo, el resto de factores de metacognición, el apoyo social percibido y el resto de variables control que han sido nombradas anteriormente.

Para el modelo con las puntuaciones totales de rumiación sobre el duelo y de metacognición, la variable predictora con mayor peso fue el nivel previo de DC disfuncional, seguido, por este orden, del nivel total de rumiación sobre el duelo y un menor tiempo transcurrido desde el fallecimiento. Para el modelo con las puntaciones de los factores de rumiación sobre el duelo y de metacognición, la variable predictora con mayor peso fue, nuevamente y de forma lógica, el nivel previo de DC disfuncional, seguido del menor tiempo transcurrido desde el fallecimiento, las creencias negativas sobre la preocupación y la rumiación sobre la injusticia del fallecimiento.

En conclusión, se ha encontrado que, a mayor nivel de DC disfuncional previo, mayor nivel de DC disfuncional meses después. Esto no es sorprendente, ya que, como dice un clásico aforismo de la psicología, el mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada. Ahora bien, también se ha encontrado que la tendencia general a la rumiación es el factor cognitivo más importante para que la sintomatología de duelo se

mantenga o se intensifique en el tiempo, lo que corroboraría la hipótesis 1 del presente estudio. Y, yendo más allá, los resultados de este estudio indican que, controlando los tipos de metacognición y un conjunto relativamente amplio de variables control que en la literatura científica se han relacionado con el duelo complicado (p. ej., apoyo social, tiempo transcurrido desde el fallecimiento, relación de parentesco con la persona fallecida, naturaleza traumática del fallecimiento), un tipo de rumiación predice en el futuro el DC disfuncional, en concreto, la rumiación sobre la injusticia del fallecimiento del ser querido.

Estos hallazgos van en consonancia con los hallazgos encontrados en los anteriores estudios de la presente tesis doctoral, y son de gran relevancia porque refuerzan el papel que tiene la rumiación en el mantenimiento e intensificación de las reacciones de duelo, y concretamente un tipo de rumiación, aquella centrada en cuánto de injusta fue la muerte del ser querido, tal y como reflejan los tres ítems de la UGRS que miden este tipo rumiación: “5. Te preguntas a ti mismo por qué te merecías esta pérdida”, “11. Te preguntas por qué esto te ha pasado a ti y no a otra persona” y “12. Piensas acerca de lo injusta que es la pérdida”. Este resultado es coherente con la literatura científica que hay en este campo. Por ejemplo, es coherente con los hallazgos de Eisma y su equipo (2014) que, en un estudio longitudinal con tres momentos de medida, incluido uno seis meses después de primera medida y otro doce meses después de la primera medida, quisieron clarificar qué subtipos de rumiación sobre el duelo eran funcionales y cuáles disfuncionales. En ese estudio, los investigadores encontraron que la rumiación sobre la injusticia fue el tipo de rumiación que tuvo una relación estadísticamente significativa, positiva y más fuerte con los síntomas de duelo complicado tanto a los seis meses como a los doce meses.

En consecuencia, parece prudente indicar que la rumiación sobre la injusticia en el duelo representa una forma no adaptativa de este tipo de pensamiento y refuerza que las complicaciones en el duelo se mantengan en el tiempo. Al ser un estudio longitudinal y medirse la rumiación en un primer momento y el DC disfuncional en un segundo momento varios meses después, se puede asegurar que lo primero es la rumiación sobre la injusticia de la muerte y lo segundo la sintomatología de DC disfuncional, es decir, que la rumiación sobre lo injusta que ha sido la muerte influye en la generación de DC disfuncional meses después, y no que las personas tienen más pensamientos rumiativos sobre la injusticia de la muerte debido a la propia sintomatología de DC disfuncional, es decir, que esta los impulse.

Esto es realmente importante a nivel conceptual, pues podría ayudar a distinguir la naturaleza y los mecanismos que subyacen al duelo no saludable frente al duelo saludable, ya que parece que no todos los tipos de rumiación funcionan igual en el duelo complicado, y este hallazgo puede ser útil clínicamente porque sitúa en la diana terapéutica de los tratamientos para el duelo complicado a los pensamientos rumiativos cuyo contenido gira sobre la injusticia del fallecimiento del ser querido.

Pasando en este punto a la hipótesis 2, en la cual se proponía que los niveles de metacognición disfuncionales también se relacionarían positiva y significativamente con la sintomatología de DC disfuncional evaluada 2-3 meses después, los resultados del presente estudio tan solo confirman en parte dicha hipótesis, ya que, por un lado, el nivel total de metacognición difuncional medido por la puntuación total en el MCQ-30 no predecía el nivel futuro de DC disfuncional tras controlar el efecto de la rumiación sobre el duelo, el apoyo social y las distintas variables control examinadas en el presente estudio, incluida el nivel previo de DC disfuncional. Esto significa que, al contrario que con el constructo de rumiación sobre el duelo, el constructo de

metacognición disfuncional no parece tener un papel tan relevante en el duelo complicado.

Una posible explicación de la falta de significación de la puntuación total del MCQ-30 puede ser que este instrumento se diseñó principalmente para evaluar las creencias metacognitivas sobre la preocupación característica de otros trastornos emocionales (p. ej., TDM o TAG) y, como tal, puede no haber sido lo suficientemente específico como para captar cambios en creencias metacognitivas relevantes para el duelo, ya que no incluye creencias metacognitivas específicas del duelo, al contrario que la UGRS, que trata de medir una rumiación específica y relevante para el duelo.

Sin embargo, cuando se ha profundizado en los distintos tipos de creencias metacognitivas, en el presente estudio sí se ha descubierto que hay un tipo de metacognición que predice el DC disfuncional evaluado 2-3 meses después tras controlar el efecto de la rumiación sobre el duelo, el apoyo social y las distintas variables control examinadas, incluida el nivel previo de DC disfuncional. Ese tipo de metacognición son las creencias negativas que se poseen sobre la peligrosidad y la incontrolabilidad de la preocupación, es decir, las creencias negativas que trata de medir el MCQ-30 con ítems como, por ejemplo, “Podría llegar a enfermar de preocupación” y “Cuando empiezo a preocuparme no puedo parar”. Este hallazgo respecto a las creencias negativas metacognitivas confirmaría, pues, parcialmente la hipótesis 2.

Es importante destacar que, en el análisis transversal realizado en el Estudio 2, las creencias negativas metacognitivas también fueron el único tipo de creencia metacognitiva asociada de manera significativa con el DC disfuncional. Por lo tanto, los resultados del presente estudio confirman la relación positiva entre dichas creencias y el DC disfuncional, ya que esa relación no solo es tranversal, sino también predictiva. En

este sentido, se puede afirmar que una parte de las diferencias individuales en DC disfuncional en el tiempo están relacionadas con este tipo concreto de creencias sobre la peligrosidad e incontrolabilidad de la preocupación que poseen los dolientes, así como con las estrategias de control inadaptativas que, en consecuencia, puedan desarrollar dichos dolientes, lo cual probablemente llevará a una intensificación del malestar del duelo.

Este resultado parece tener lógica, ya que puede que estas creencias negativas sobre la incontrolabilidad y el peligro de las preocupaciones que, como en el apartado 4.2.2 se vio, están fuertemente relacionadas con la metapreocupación, lleven a las personas a valorar su propia rumiación sobre el duelo como incontrolable y peligrosa, haciendo de la rumiación sobre el duelo un proceso interno que se convierte en sí mismo en una amenaza y fuente de malestar (Wells, 1995, 2002). Tal y como algunos autores han propuesto para el caso de la depresión (Cano-López et al., 2021), se podría suponer que esa interacción entre creencias negativas sobre la preocupación y rumiación sobre el duelo tendría como resultado que habría una mayor accesibilidad a emociones o pensamientos negativos sobre el duelo que interferirían con un manejo más efectivo del proceso del duelo y conducirían a un aumento y mantenimiento de la sintomatología de duelo complicado.

A pesar de estos hallazgos, es indiscutible que se necesita mucha más investigación sobre las creencias metacognitivas que pueden subyacer tras los procesos de duelo complicado, y sobre cuáles pueden ser funcionales y cuáles no.

En relación con la tercera hipótesis, aquella enfocada en si el apoyo social percibido cumplía un papel protector frente al DC disfuncional también a nivel longitudinal, los resultados del presente estudio no permiten confirmar dicha hipótesis,

ya que, tras controlar el efecto de la rumiación sobre el duelo, la metacognición y las variables control examinadas en este estudio, incluida el nivel previo de DC disfuncional, la medida de apoyo social utilizada en el presente estudio no predecía de forma estadísticamente significativa el DC disfuncional medido 2-3 meses después. Esto quiere decir que, al menos en la muestra de dolientes adultos de este estudio, el apoyo social que dichos dolientes percibían que estaban recibiendo no estuvo relacionado con una menor sintomatología de DC disfuncional a nivel longitudinal. Una posible hipótesis es que el apoyo social tenga un efecto amortiguador en el duelo complicado en los primeros momentos, pero luego vaya perdiendo este efecto, sin pasar a ser un factor de protección o riesgo significativo. En este sentido, hay que recordar que, de manera general, los participantes de este estudio mostraban un duelo muy a largo plazo, ya que la media de años transcurridos desde el fallecimiento del ser querido era 13,64 años.

Puede, también, que las personas con duelo complicado se vayan aislando socialmente a medida que pasa el tiempo, en parte debido al estigma social que a veces supone no haber logrado "seguir adelante" y "superar" la muerte (Breen y O'Connor, 2009), especialmente en los duelos complicados de larga duración, y que esto los lleve a percibir menos apoyo social. Por tanto, no sería el apoyo social percibido lo que predeciría el DC disfuncional futuro, sino que sería el DC disfuncional el que predeciría el nivel de apoyo social y lo haría de manera inversa, es decir, a mayor nivel de DC disfuncional, menor percepción de apoyo social en el futuro. En este punto, se estima oportuno realizar más investigación para examinar esta posibilidad, así como qué variables podrían estar mediando o moderando en la relación entre apoyo social y duelo complicado.

En comparación con los resultados encontrados en el análisis transversal realizado en el Estudio 2, los hallazgos del presente estudio revelan que hay variables que pierden valor predictivo. Esto es algo habitual en los estudios longitudinales, sobre todo en aquellos en los cuáles ha transcurrido poco tiempo entre los diferentes momentos de medida, puesto que no existe ese margen de tiempo para que haya una gran variabilidad en la variable a predecir. Además, es necesario recordar que, de manera general, los participantes mostraban un duelo muy a largo plazo, siendo casi 14 años, el tiempo medio transcurrido desde el fallecimiento del ser querido, lo cual es un punto fuerte de la presente investigación, pues apenas existe investigación sobre el duelo complicado de tanta duración, pero también es cierto que en este tipo de duelos la sintomatología no varía tanto como en los duelos tempranos. Por otro lado, al introducir como variable predictora el nivel previo de DC disfuncional, esta ha explicado casi la mitad de la varianza, dejando menos margen de varianza explicada al resto de variables predictoras, pero, obviamente, era necesario introducir dicha variable en los modelos de regresión para controlar su efecto y evitar, en la medida de lo posible, el problema de las terceras variables que puede afectar a los estudios correlacionales.

También parece relevante mencionar en este punto una variable que ha mostrado estar asociada de manera estadísticamente significativa con un menor DC disfuncional, tanto a nivel transversal (Estudio 2) como longitudinal (el presente estudio), y es el menor tiempo transcurrido desde el fallecimiento. Esta no es una variable modificable a nivel clínico como las anteriores mencionadas (rumiación sobre el duelo, metacognición y apoyo social), pero sabiendo que predice de forma significativa el DC disfuncional futuro, corrobora en cierta medida la idea popular de que el tiempo desempeña un papel importante en la evolución "natural" de las reacciones de duelo y su disfuncionalidad. No obstante, es importante también recordar que, a pesar de que hayan pasado varios

años desde el fallecimiento del ser querido, existe ese 9,80 % de la población, cuando es una muerte natural (Lundorff et al., 2017), y ese 30-70 % de la población, cuando es una muerte traumática (McDevitt-Murphy et al., 2012; Mitchell et al., 2004; Momartin et al., 2004; Shear et al., 2006), a la cual se les complicará su proceso de duelo, y a la cual se le tendrá que prestar una especial atención.

Por último, es importante destacar otros dos resultados del presente estudio que, sin ser estadísticamente significativos, sí están cerca del nivel de significación y que, por tanto, quizá merecería que fueran objeto de futuras investigaciones que o bien replicaran su falta de significación o, por el contrario, demostraran su significación. En concreto, en este estudio, el haber perdido a la pareja o el haber perdido a uno de los padres predecía de manera casi significativa el nivel de DC disfuncional dos meses después. Además, resulta curioso que, mientras que en los anteriores estudios, el haber perdido a un hijo siempre había mostrado una asociación positiva significativa con la complicación en el duelo, no sea así en este estudio longitudinal, sabiendo además que, en general, la pérdida de un hijo está especialmente relacionada con más sintomatología de duelo complicado (Fujisawa et al., 2010; Kersting et al., 2011; Bermejo et al., 2012). Es posible que, la falta de significación del hecho de haber pedido a un hijo/a, pueda deberse a que el porcentaje de dolientes que habían perdido a su hijo/a en la muestra de dolientes que participó en el presente estudio era realmente pequeño (2,90 %) y, esta falta de variabilidad, haya afectado especialmente a las relaciones de esta variable con el DC disfuncional en un estudio longitudinal en el que el nivel previo de DC disfuncional explica un porcentaje tan elevado de la varianza del DC disfuncional meses después.

Por último, y en relación con estos últimos comentarios, hay que reconocer que el intervalo transcurrido entre las dos medidas de DC disfuncional realizadas en el presente estudio no fue particularmente amplio para un estudio longitudinal del duelo a

largo plazo, ya que fue, aproximadamente, de dos meses y medio (77,9 días), y, por tanto, quizá pequeño para que se produjera una variabilidad suficiente en las reacciones de duelo de los participantes. Sin embargo, cabe destacar que ese periodo coincidió con las fechas de las Navidades, una época del año que siempre es delicada para las personas que están atravesando un duelo, especialmente un duelo complicado, y que, por tanto, pudo haber provocado una mayor variabilidad en las reacciones de los dolientes.

En conclusión, los hallazgos de este estudio brindan un mayor apoyo a la idea general de que los factores cognitivos tienen un papel importante en el duelo complicado y, en concreto, la rumiación sobre el duelo, especialmente la rumiación sobre la injustificia del fallecimiento, y la metacognición, especialmente las creencias negativas sobre la peligrosidad e incontrolabilidad de las preocupaciones, y que, por tanto, es crucial que las intervenciones para el duelo complicado se dirijan a esos factores cognitivos que, a tenor de los resultados del presente estudio, es muy probable que constituyan parte de los mecanismos específicos que subyacen tras el duelo complicado y su mantenimiento en el tiempo. En este sentido, y dado que para avanzar en el tratamiento actual del duelo complicado se necesitan programas de intervención que estén bien fundamentados, basados en una teoría coherente del duelo complicado y en un corpus de evidencia empírica que sustente tanto la eficacia y efectividad de dichos programas como la validez de dicha teoría (Jordan y Litz, 2014; Sanz Molina et al., 2023; Wenn, 2017), los resultados del presente estudio apoyan la búsqueda de programas de intervención para el duelo complicado basados en los constructos de rumiación y de metacognición y, por tanto, inspirados, por ejemplo, en la teoría de la rumiación de Nolen-Hoeksema (2001; Nolen-Hoeksema et al., 2008) o en las teorías y

terapias metacognitivas de Wells (2009, 2019), tal y como Wenn ha hecho respecto a las terapias metacognitivas (2017; Wenn et al., 2019b).

Capítulo 9

Discusión general de la parte empírica

CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN GENERAL DE LA PARTE EMPÍRICA

Los objetivos de los tres estudios empíricos eran examinar, tanto desde una perspectiva categorial como desde una perspectiva dimensional (Estudios 1 y 2, respectivamente), la relación con el duelo complicado de la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido. Y también, a través de un estudio longitudinal, examinar las relaciones causales entre dichas variables objeto de estudio y la sintomatología de duelo complicado disfuncional (Estudio 3). En conjunto, los resultados principales de estos tres estudios empíricos se resumen en la tabla 9.1.

Tabla 9.1. Resumen de los principales resultados significativos obtenidos en esta tesis doctoral sobre el papel de los factores cognitivos (rumiación sobre el duelo y metacognición), sociales (apoyo social) y relacionados con el fallecimiento (muerte traumática) en el duelo complicado.

Factores cognitivos, sociales o relacionados con el fallecimiento	Estudio 1: comparación de grupos		Estudio 2: correlacional transversal	Estudio 3: correlacional longitudinal
	Diferencia entre duelo normal y duelo complicado	Diferencia entre duelo complicado y duelo traumático	Relación con el duelo complicado disfuncional	Relación con el duelo complicado disfuncional
Rumiación (UGRS)				
F1: sobre el significado	✓		✓	
F2: sobre las relaciones	✓		✓	
F3: contrafactual	✓	✓	✓	
F4: sobre la injusticia	✓		✓	✓
F5: sobre las reacciones	✓		✓	
Nivel global	✓	✓	✓	✓
Metacognición (MCQ-30)				
F1: creencias positivas sobre la preocupación				
F2: creencias negativas sobre la preocupación	✓		✓	✓
F3: confianza cognitiva				
F4: necesidad de controlar los pensamientos	✓			
F5: autoconciencia cognitiva	✓			
Nivel global	✓		✓	
Apoyo social (EMAS)	✓		✓	
Muerte traumática				

Nota. F1, F2, F3, F4 y F5: factores 1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente, del UGRS o de la MCQ-30. EMAS: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet et al. (1988). MCQ-30: Cuestionario de Metacogniciones-30 de Wells et al. (2004). UGRS: Escala de Rumiación sobre el Duelo de Utrecht (Eisma et al., 2014b).

Estos resultados subrayan, en primer lugar, el importante papel de la rumiación sobre el duelo en el duelo complicado, y lo hacen tanto desde una perspectiva dimensional como desde una categorial y tanto desde un análisis transversal como desde uno longitudinal. De hecho, el nivel global de rumiación sobre el duelo ha sido la única variable objeto de estudio sobre la cual se han encontrado resultados estadísticamente significativos en todos y cada uno de los análisis de los estudios de esta tesis doctoral. Es más, existen dos tipos de rumiación sobre el duelo cuyo contenido es especialmente relevante: la rumiación sobre la injusticia del fallecimiento del ser querido y la rumiación contrafactual —la rumiación en la cual se generan escenarios alternativos y que se basa en preguntas del tipo *¿Y si…?*—,

Según los resultados de la presente tesis doctoral, la rumiación sobre la injusticia del fallecimiento del ser querido es el tipo de rumiación más importante, ya que, en primer lugar, ha demostrado ser un factor significativo en los análisis de todos los estudios, excepto en la comparación entre duelo complicado y duelo complicado traumático, por lo que se entiende que los pensamientos rumiativos sobre la injusticia de la muerte no se dan con mayor frecuencia cuando la naturaleza del fallecimiento es traumática, pero sí se dan con mayor frecuencia en las personas con duelo complicado frente a duelo normal, independientemente de las causas del fallecimiento. Además, los dolientes que muestran mayores niveles de rumiación sobre cuánto de injusta fue la muerte de su ser querido manifiestan niveles más elevados de DC disfuncional y esos niveles de rumiación predicen los niveles futuros de DC disfuncional 2-3 meses después.

Por otro lado, la rumiación contrafactual también ha demostrado ser un factor significativo en los análisis de todos los estudios, excepto en el Estudio 3, que es el estudio longitudinal. Esto quiere decir que los dolientes con duelo complicado y con

duelo complicado traumático tienen más rumiaciones contrafactuales que los dolientes con duelo normal, y que los dolientes con duelo complicado tras una muerte traumática también tienen más rumiaciones contrafacturales que los dolientes con duelo complicado tras una muerte no traumática. Además, los dolientes que muestran mayores niveles de rumiaciones contrafactuales sobre los acontecimientos que llevaron a la muerte manifiestan niveles más elevados de DC disfuncional. Sin embargo, este tipo de rumiación no predice el nivel futuro de DC disfuncional tras 2-3 meses, por lo que su papel como posible factor causal del duelo complicado es más cuestionable que el del nivel global de rumiación sobre el duelo o el del nivel de rumiación sobre la injusticia del fallecimiento, ya que estas dos variables, en la presente tesis doctoral, sí predijeron el nivel futuro de DC disfuncional.

Estos resultados, tomados en conjunto, apoyan la idea ya bien fundamentada de que la rumiación es un factor de origen, mantenimiento o exacerbación del duelo complicado. Como señalaban Eisma y Stroebe (2021) en su revisión sistemática sobre estrategias de regulación emocional en duelo complicado, existe una sólida evidencia de relaciones positivas entre la rumiación sobre el duelo y el duelo complicado, encontrándose de forma consistente dichas relaciones tanto en estudios transversales como longitudinales, incluyendo ensayos clínicos controlados y aleatorizados (Boelen et al., 2007; Eisma et al., 2015a). Y su evidencia sigue creciendo, pues, por ejemplo, en un estudio muy reciente (Thimm et al., 2024) sobre los padres y hermanos que perdieron a su familiar en el atentado terrorista de la isla de Utøya (Noruega) en 2011, se ha encontrado que la rumiación sobre el duelo estaba significativa y positivamente relacionada con síntomas de duelo complicado y TEPT tanto de forma transversal como longitudinal, 12 meses tras la muerte del familiar, aunque, también hay que señalar que ese efecto predictivo no se mantenía 74 meses tras la muerte.

Otro ejemplo de que es un campo de trabajo en expansión es la investigación de los procesos psicológicos que hacen que la rumiación impida un buen ajuste a la pérdida. Smiths y Ehlers (2023) han llevado a cabo un análisis de mediación múltiple cuyos resultados sugirieron que la rumiación sobre la pérdida y sobre la injusticia (entre otras estrategias de afrontamiento disfuncionales) mediaron individualmente el efecto de las características y evaluaciones de la memoria en el trastorno de duelo complicado, lo cual afecta al mantenimiento de las dificultades en el proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido, al bloquear la autocorrección de las valoraciones negativas y su integración en la memoria.

Por lo tanto, acorde a los resultados obtenidos en los tres estudios empíricos que componen esta tesis doctoral, así como a la literatura revisada en la misma, se puede afirmar que queda confirmado el papel de la rumiación sobre el duelo como un elemento clave en los procesos de duelo complicado. Además, pese a ser un área de trabajo muy fructífera, es conveniente todavía seguir investigando y comprendiendo aún más los mecanismos psicológicos y psicobiológicos a través de los cuales este proceso cognitivo afecta el ajuste al duelo.

En segundo lugar, y respecto al papel de la metacognición en el duelo complicado, los resultados de la presente tesis doctoral son menos consistentes. Si bien los hallazgos del Estudio 1 sugieren que la metacognición es un factor diferenciador relevante entre las personas que pasan por un duelo normal y las que pasan por un duelo complicado, no lo es entre aquellos dolientes con duelo complicado cuyo ser querido ha fallecido por muerte natural frente a aquellos dolientes también con duelo complicado, pero cuyo ser querido ha fallecido por causas traumáticas. Además, el papel de la metacognición global en el duelo complicado disfuncional es significativo a nivel transversal, pero no longitudinal. Es decir, los dolientes que muestran mayores niveles

globales de metacognición manifiestan niveles más elevados de DC disfuncional, pero esos niveles globales de metacognición no predicen los niveles futuros de DC disfuncional 2-3 meses después. Además, únicamente un tipo de creencia metacognitiva, en este caso, las creencias negativas sobre la controlabilidad y peligrosidad de la preocupación tienen un papel significativo en todos los resultados obtenidos, excepto en la comparación entre duelo complicado y duelo complicado traumático, manteniéndose su efecto a nivel longitudinal, lo que quiere decir que este tipo de metacognición predice el nivel futuro de DC disfuncional.

Por lo tanto, la metacognición se revela como otro elemento cognitivo de vulnerabilidad al duelo complicado, pero con una menor solidez y fuerza que la rumiación sobre el duelo. Además, se ha encontrado que la metacognición es importante en el DC disfuncional, pero no todos los tipos de metacognición por igual, de manera que, en la presente investigación, la metacognición más importante es la que tiene que ver con las creencias negativas sobre la peligrosidad e incontrolabilidad de la preocupación. Este último hallazgo es coherente con el modelo metacognitivo genérico de Wells (2019), ya que el mismo propone que las creencias negativas se consideren de mayor relevancia que otros tipos de metacogniciones.

Estos resultados, además, se alinean con las propuestas de Wenn (2017) de incorporar el papel de las creencias metacognitivas disfuncionales en el abordaje del duelo complicado a través de la TMC (véase el apartado de *Intervención* del Capítulo 1 y de *Discusión* del Capítulo 6). Los hallazgos de la presente tesis doctoral sugieren, por un lado, que las conceptualizaciones y modelos del duelo complicado deberían incorporar el papel de las creencias metacognitivas en su origen y mantenimiento y, por otro, que la modificación de las creencias metacognitivas negativas sobre los procesos de afrontamiento como la preocupación y sobre la necesidad de controlar los

pensamientos pueden ser útiles para impedir las complicaciones en el duelo. Por lo tanto, los hallazgos de la presente tesis doctoral respaldarían la validez del modelo metacognitivo de Wells (Wells, 2009; Wells y Matthews, 1996) también para el trastorno de duelo complicado.

Una posible explicación para la diferencia en el alcance que han mostrado ambos factores cognitivos en el duelo complicado puede tener que ver con los instrumentos de medida de dichos factores. La UGRS se desarrolló específicamente para evaluar la rumiación sobre el duelo, y así poder establecer una diferenciación entre este tipo de rumiación y la rumiación depresiva, la cual también influye negativamente en el proceso al duelo. Mientras que el MCQ-30 se diseñó principalmente para evaluar las creencias metacognitivas sobre la preocupación en otros trastornos emocionales (p. ej., TAG o TDM) y, por tanto, puede no haber sido lo suficientemente específico como para medir las metacogniciones más relevantes para el duelo, ya que no incluye creencias metacognitivas específicas del proceso de duelo.

En cualquier caso, investigaciones futuras deberían abordar con mayor profundidad la relación entre rumiación sobre el duelo, metacognición y duelo complicado. Por ejemplo, sería interesante que, con diseños longitudinales más complejos que el utilizado en el Estudio 3 y que, por ejemplo, midieran en más momentos la rumiación sobre el duelo y la metacognición, se analizarán las posibles relaciones mediadoras o moderadoras de estos dos constructos en su asociación con el duelo complicado. En este sentido, por ejemplo, se ha propuesto que las creencias negativas sobre la preocupación mediarían, al menos parcialmente, las relaciones entre rumiación y depresión, y, en este sentido, existen algunos resultados empíricos que sustentan empíricamente ese papel mediador de las creencias negativas metacognitivas (Cano-López et al., 2021), aunque dichos resultados son transversales, no

longitudinales. Por tanto, este mismo tipo de estudios, pero sobre el duelo complicado y con un diseño longitudinal y más complejo, podría ser muy relevante para entender el papel de la rumiación sobre el duelo y de la metacognición en el duelo complicado, ya que, además, quizá el papel de las creencias negativas sobre la preocupación no sería como factor mediador, sino como factor moderador, ya que estudios longitudinales realizados sobre otros problemas y trastornos emocionales han encontrado que ese tipo de creencias negativas metacognitivas moderan la influencia de otros constructos psicológicos como el estrés percibido sobre la sintomatología ansiosa experimentada tres meses después (Ramos-Cejudo y Salguero, 2017).

En relación con la tercera variable evaluada, el apoyo social percibido, existe una clara diferenciación entre las personas con duelo normal frente a las personas con duelo complicado, percibiendo estas últimas un menor apoyo social. Sin embargo, dentro de aquellos dolientes que sufren un duelo complicado, tanto los que han sufrido un fallecimiento por causas naturales como por causas traumáticas, ambos perciben igual el apoyo social que reciben. Además, el Estudio 2 muestra que los dolientes que muestran mayores niveles de apoyo social manifiestan niveles más bajos de DC disfuncional, funcionando como un factor protector frente a la sintomatología disfuncional del duelo complicado. Sin embargo, el Estudio 3 muestra que este factor protector no se sostiene a nivel longitudinal.

Pese a que, en la presente tesis doctoral, el apoyo social no mostró ser un factor amortiguador en función de la circunstancia de la muerte en aquellos que están sufriendo un duelo complicado, ni tampoco a nivel longitudinal, estos hallazgos van en la línea del papel amortiguador ante el duelo que ha demostrado tener de manera general el apoyo social (Burke et al., 2010; Hibberd et al., 2010).

Por lo tanto, también el apoyo social es una variable importante para entender el duelo complicado. A pesar de que el estudio de esta variable social ya tiene un gran recorrido en el campo de los eventos vitales estresantes, entre ellos, el duelo complicado, existen estudios muy recientes que continúan avalando su importancia. Por ejemplo, Gros et al. (2023) investigaron las reacciones de duelo en veteranos de guerra de Estados Unidos de América encontrando una correlación con un tamaño del efecto pequeño entre apoyo social y sintomatología de duelo complicado. Otro estudio sobre un grupo de apoyo *online* para padres jóvenes tras la pérdida de su cónyuge mostró que dicho grupo había sido de gran ayuda para la mayoría de los participantes (83 %, n = 70) (Holmgren, 2023).

Por último, los resultados de la presente tesis doctoral sugieren que la naturaleza traumática del fallecimiento no es un elemento diferenciador en el propio constructo del duelo complicado ni en su interferencia, el nivel global de metacognición y sus factores, el apoyo social y la mayoría de los factores de la rumiación sobre el duelo, excepto la rumiación contrafactual (como se ha explicado en este mismo capítulo anteriormente), siendo este hallazgo corroborado en los tres estudios empíricos de la presente tesis doctoral. De modo que, en este aspecto, estos resultados apoyan la decisión tomada en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) de eliminar el especificador de duelo traumático que proponía el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para el diagnóstico del trastorno de duelo complejo persistente, diagnóstico que en el DSM-5-TR se denomina trastorno de duelo prolongado. Esto no quiere decir que la muerte traumática de un ser querido no sea un factor importante en el proceso de duelo complicado, ya que, como se ha visto a lo largo de la parte teórica, una muerte traumática aumenta significativamente la probabilidad de sufrir duelo complicado en comparación a una muerte no traumática, siendo la prevalencia del duelo complicado

del 49 % tras una muerte traumática (Djelantik et al. 2020) y de un 9,8 % tras una muerte no traumática (Lundorff et al., 2017). Esto nos indica que perder a un ser querido debido a una muerte traumática es un factor que agrava significativamente las reacciones de duelo y aumenta notablemente la probabilidad de duelo complicado, pero sin definirse por ello como un constructo diferente al de duelo complicado.

Capítulo 10

Conclusiones

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES

La presente tesis doctoral ha pretendido profundizar en el conocimiento existente sobre el duelo y los diferentes factores que pueden influir en su posible complicación y cronificación hasta convertirse en una condición asociada a malestar, disfuncionalidad, limitación o incapacidad en un grado de intensidad, frecuencia y/o duración que no parece ajustado al contexto, condición que se ha denominado duelo complicado en consonancia con una tradición muy arraigada en la literatura científica, pero que recientemente se podría denominar trastorno de duelo prolongado. Como se ha ido exponiendo a lo largo de los capítulos de la introducción teórica, se ha comprobado que existen lagunas en nuestros conocimientos empíricos sobre la relación del duelo complicado con la rumiación sobre el duelo, la metacognición, el apoyo social y la naturaleza traumática del fallecimiento del ser querido, relación sobre la cual la investigación empírica de la presente tesis doctoral ha tratado de arrojar algo más de luz.

Con este objetivo general en mente, en la presente tesis doctoral se han desarrollado tres estudios empíricos relacionados a partir de una muestra amplia de dolientes adultos. Sobre la base de los resultados de los tres estudios, se podrían extraer las siguientes conclusiones:

1. Frente a los dolientes con duelo normal, los dolientes con duelo complicado, independientemente de la causa de la muerte, presentan:
    a. Mayor sintomatología de duelo complicado (medida a través del IDC).
    b. Mayor nivel de inadaptación (medida a través de la EI).

c. Mayor nivel de DC disfuncional.
d. Menor nivel de apoyo social percibido.
e. Mayores niveles de rumiación sobre el duelo tanto globalmente como en cada uno de los cinco factores o tipos de rumiación sobre el duelo: rumiación sobre el significado de la muerte y sus consecuencias, rumiación sobre las relaciones, rumiación contrafactual, rumiación sobre la injusticia de la muerte y rumiación sobre las propias reacciones emocionales negativas ante la muerte.
f. Mayores niveles de metacognición disfuncional tanto globalmente como en tres de los cinco factores o tipos de metacognición: creencias negativas sobre la preocupación, creencias sobre la necesidad de controlar el pensamiento y autoconciencia cognitiva.

2. Las diferencias encontradas entre el duelo normal y el duelo complicado en cuanto a la rumiación sobre el duelo, la metacognición y el apoyo social sustentan, por un lado, la validez del constructo de duelo complicado y de los constructos psicopatológicos similares como, por ejemplo, el trastorno de duelo prolongado propuesto recientemente por la CIE-11 y el DSM-5-TR, y, por otro lado, son coherentes con las propuestas que consideran que esos tres factores pueden desempeñar un papel en el origen, mantenimiento, exacerbación o protección del duelo complicado.
3. Frente a los dolientes con duelo complicado no traumático, es decir, debido a una muerte producida por causas naturales o por enfermedad, los dolientes con duelo complicado traumático, es decir, debido a una muerte producida en circunstancias traumáticas:

a. No presentan una mayor sintomatología de duelo complicado (medida a través del IDC).
b. No presentan un mayor nivel de inadaptación (medida a través de la EI).
c. No presentan un mayor nivel de DC disfuncional.
d. No presentan un menor nivel de apoyo social percibido.
e. Muestran mayores niveles de rumiación sobre el duelo tanto globalmente como en uno de sus cinco tipos, la rumiación contrafactual, pero no presentan un mayor nivel en los restantes cuatro tipos de rumiación sobre el duelo.
f. No muestran mayores niveles de metacognición disfuncional.

4. El DC disfuncional, a nivel transversal, ha demostrado:
    a. Una relación directa y grande con el nivel global de la rumiación sobre el duelo y, así mismo, una relación directa y moderada con cuatro de los cinco tipos de rumiación sobre el duelo (rumiación sobre el significado, sobre las relaciones, contrafactual y sobre la injusticia), y directa y pequeña con el tipo restante (rumiación sobre las propias reacciones).
    b. Una relación directa y pequeña con el nivel global de la metacognición disfuncional y, específicamente, con las creencias negativas sobre la preocupación.
    c. Una relación inversa y pequeña con el apoyo social percibido.
    d. Una ausencia de una relación significativa con el hecho de que la muerte hubiese sido traumática.
5. El DC disfuncional, a nivel longitudinal, ha demostrado:
    a. Una relación directa y pequeña con el nivel global de la rumiación sobre el duelo y, en concreto, con la rumiación enfocada a la injusticia de la muerte.

b. Una relación directa y pequeña específicamente con las creencias metacognitivas negativas sobre la preocupación.
c. Una ausencia de relación con el apoyo social percibido.
d. Una ausencia de relación con que la muerte hubiese sido traumática.

6. El hecho de que, una vez controlado el efecto de otras variables, no se haya encontrado una relación significativa, transversal o longitudinal, del DC disfuncional con la naturaleza traumática de la muerte del ser querido unido a la ausencia de diferencias entre el duelo complicado no traumático y el duelo complicado traumático en cuanto a la sintomatología de duelo complicado, la inadaptación, el DC disfuncional, la metacognición y sus tipos, el apoyo social y cuatro de los cinco tipos de rumiación sobre el duelo sugieren que el duelo complicado traumático (o duelo traumático) no es un constructo diferente del duelo complicado después de una muerte no traumática.
7. De todos los factores relacionados con el duelo complicado que se han examinado en la presente tesis doctoral, la rumiación sobre el duelo es, sin duda, el más importante para explicar las diferencias individuales en duelo complicado, tanto por el tamaño de su efecto y la generalización de esas relaciones a todo tipo de rumiación sobre el duelo como por el hecho de que, controlando el efecto de otras variables, incluido el efecto de la sintomatología inicial de duelo complicado disfuncional, es capaz de predecir el nivel futuro de sintomatología de duelo complicado disfuncional. Es más, teniendo en cuenta esa capacidad de predicción del duelo complicado, de todos los tipos de rumiación sobre el duelo, el más importante es la rumiación sobre la injusticia de la muerte.
8. Aunque la metacognición parece desempeñar un papel menos importante que la rumiación sobre el duelo a la hora de explicar las diferencias individuales en duelo

complicado, un tipo particular de metacognición que se refiere a las creencias sobre la preocupación también tiene capacidad de predecir el nivel futuro de sintomatología de duelo complicado disfuncional tras controlar el efecto de otras variables, incluido el efecto de la sintomatología inicial de duelo complicado disfuncional.

Implicaciones clínicas

La importancia que, en el duelo complicado, han demostrado, la metacognición disfuncional, el apoyo social y, especialmente, la rumiación sobre el duelo tiene especial relevancia clínica en varios sentidos:

- La rumiación sobre el duelo y la metacognición disfuncional son procesos cognitivos modificables, por lo tanto, la inclusión de técnicas para su abordaje en los tratamientos para personas con duelo complicado podría hacer más efectiva la intervención. Es más, los resultados de esta tesis doctoral sugieren que dichas técnicas deberían dirigirse especialmente a algunos tipos de rumiación sobre el duelo y a algunos tipos de metacognición disfuncional, en concreto, la rumiación sobre la injusticia de la muerte y las creencias metacognitivas negativas sobre la preocupación.
- La conceptualización y los modelos etiológicos sobre el duelo complicado podrían enriquecerse al incorporar el papel de estos factores cognitivos en el mantenimiento de su afrontamiento desadaptativo, sobre todo, de las creencias metacognitivas, debido a su novedad.

- El apoyo social percibido también es una variable en cierta medida abordable, que merece ser tenida en cuenta, tanto en la intervención de las complicaciones del duelo, como en su prevención.
- Sus implicaciones se extienden también a los programas destinados a la prevención y detección precoz de los diferentes procesos de duelo, por ejemplo, con familiares de personas que se encuentran en las últimas etapas de su vida o en cuidados paliativos.

Por lo tanto, los resultados de la presente tesis doctoral ponen de manifiesto la importancia de continuar investigando sobre el duelo complicado, en concreto sobre los mecanismos cognitivos que subyacen a su desarrollo y mantenimiento en el tiempo, pero también sugieren que la rumiación, con un mayor peso, y la metacognición, con un menor peso, pero también relevante, son dos constructos importantes para entender la naturaleza del duelo complicado. Sin embargo, el hecho de que el fallecimiento haya sido debido a causas traumáticas puede ser un factor de riesgo para padecer duelo complicado, pero no es un elemento diferenciador para que constituya una diferente tipología de duelo complicado.

Limitaciones y líneas futuras

Respecto a las limitaciones de la presente investigación, cabe destacar que la muestra fue reclutada a través de muestreo de conveniencia de la población general española, por lo cual es susceptible de los sesgos de este tipo de muestreo. Por consiguiente, sería conveniente replicar los resultados en nuevas muestras de dolientes e incluso poder llevar a cabo una replicación transcultural para probar la universalidad de los resultados.

Por otro lado, en esta tesis doctoral se ha utilizado el cuestionario IDC para medir la sintomatología de duelo complicado, el cual, aunque es el instrumento más utilizado en la literatura científica para ese propósito, no recoge los criterios sintomáticos actuales para el trastorno de duelo prolongado según la CIE-11 o el DSM-5-TR. Sería beneficioso que investigaciones futuras utilizasen otros instrumentos diseñados para medir esta nueva categoría diagnóstica. Otra limitación relacionada con las medidas utilizadas es que la escala UGRS es una traducción de la medida original, pero no una medida adaptada ni validada en la población española, por lo que una línea futura de investigación sería la adaptación y validación de esta escala de evaluación de la rumiación sobre el duelo en población española.

En relación con el estudio longitudinal, la principal limitación fue el poco tiempo transcurrido entre los dos momentos de medida. Tampoco se consideró la influencia e interacción de otros eventos vitales estresantes en esos dos meses y medio, por lo cual sería conveniente replicar dicho estudio con al menos doce meses de tiempo entre los dos momentos de evaluación y con la inclusión de medidas de los eventos estresantes que les hayan podido ocurrir durante ese tiempo a los dolientes, de manera que así se pueda controlar el efecto de esos eventos estresantes.

A pesar de estas limitaciones, la presente tesis doctoral contribuye a ampliar el escaso conocimiento científico actual sobre las variables cognitivas en los diferentes procesos de duelo (duelo normal o no patológico y duelo complicado), en concreto sobre la rumiación sobre el duelo y sus diferentes tipos y sobre la metacognición disfuncional (que ha recibido menos atención) y sus diferentes tipos, así como sobre la influencia del apoyo social y de la naturaleza traumática de la muerte del ser querido. Además, la muestra amplia con la que se ha contado otorga un relevante alcance a los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acierno, R., Rheingold, A., Amstadter, A., Kurent, J., Amella, E., Resnick, H., Muzzy, W., y Lejuez, C. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure for bereavement in older adults. American *Journal of Hospice y Palliative Medicine, 29*(1), 13-25. https://doi.org/10.1177/1049909111411471

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. Disponible en: http://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e12754

Alonso-Llácer, L., Ramos Campos, R., Barreto Martín, P., y Pérez Marín, M. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de Vida y Salud*, *12*(1), 65-75. http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/176

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV*. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, text revision. DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, text revision. DSM-5-TR*. American Psychiatric Publishing.

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. https://doi.org/10.1177/01454455910154005

Anderson, A. J. (2010). *Anger, forgiveness, and the goal of distal reconciliation: predictors of complicated grief reactions to suicide-related bereavement.* (Publicación N.º 3398985) [Tesis doctoral, Seattle Pacific University]. ProQuest Dissertations Publishing.

Andrews, A. W., Altman, M., Sevcikova, M., y Cacciatore, J. (2021). An evolutionary approach to grief-related rumination: construction and validation of the Bereavement Analytical Rumination Questionnaire. *Evolution and Human Behavior, 42*, 441-452. https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2021.03.007

Andrews, P. W., Maslej, M. M., Thomson, J. A., Jr., y Hollon, S. D. (2020). Disordered doctors or rational rats? Testing adaptationist and disorder hypotheses for melancholic depression and their relevance for clinical psychology. *Clinical Psychology Review, 82*, 101927. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101927

Archer, J. (1999). *The nature of grief. The evolution and psychology of reaction to loss*. Routledge.

Arnold, J., Gemma, P. B., y Cushman, L. F. (2005). Exploring parental grief: combining quantitative and qualitative measures. *Archives of Psychiatric Nursing, 19(*6), 245–255. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.07.008

Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research, 169*(3), 240-243. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.029

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. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.022

Barreto, P., y Soler, M. C. (2007). *Muerte y Duelo*. Síntesis.

Barrón López de Roda, A., y Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema, 13*(1), 17-23. https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7841

Bartl, H., Hagl, M., Kotoučová, M., Pfoh, G., y Rosner, R. (2018). Does prolonged grief treatment foster posttraumatic growth? Secondary results from a treatment study with long-term follow-up and mediation analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 91*(1), 27-41. https://doi.org/10.1111/papt.12140

Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, A., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J.P., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K. M., Shalev, A., Slade, T., ten Have, M., Torres, Y., Viana, M. C., Zarkov, Z., y Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327-343. https://doi.org/10.1017/S0033291715001981

Bennett, H., y Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(3), 318-325. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.004

Bennett, K. M., Gibbons, K., y Mackenzie-Smith, S. (2010). Loss and restoration in later life: an examination of dual process model of coping with bereavement. OMEGA - *Journal of Death and Dying*, *61*(4), 315-332. https://doi.org/10.2190/OM.61.4.d

Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., y Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, *22*(88), 85-95. https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.636

Bifulco, A. (2007). Loss Trauma. En G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (pp. 612-615). Academic Press.

Boals, A., y Schuler, K. (2018). Shattered cell phones, but not shattered lives: a comparison of reports of illusory posttraumatic growth on the posttraumatic growth Inventory and the stress-related growth scale—revised. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(2), 239-246. https://doi.org/10.1037/tra0000390

Bodnar. J. C, y Kiecolt-Glaser, J. K. (1994) Caregiver depression after bereavement: Chronic stress isn't over when it's over. *Psychology and Aging, 9*(3), 372–380. https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.3.372

Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research, 207*, 68-72. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.021

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., de Keijser, J., van den Hout, M. A., y van den Bout, J. (2011). Factors associated with outcome of cognitive–behavioural therapy for complicated grief: a preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(4), 284-291. https://doi.org/10.1002/cpp.720

Boelen, P. A., Keijsers, L., y van den Hout, M. A. (2012). The role of self-concept clarity in prolonged grief disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(1), 56-62. https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31823e577f

Boelen, P. A., y Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257(*8), 444-452. https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0

Boelen, P. A., Reijntjes, A., Djelantik, A. A. A. M. J., y Smid, G. E. (2016a). Prolonged grief and depression after unnatural loss: latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Research, 240*, 358-363. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.012

Boelen, P. A., Reijntjes, A., y Smid, G. E. (2016b). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 65-72. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004

Boelen, P. A., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., y Zijerveld, A. M. (2006a). Continuing bonds and grief: a prospective analysis. *Death Studies*, *30*, 767-776. https://doi.org/10.1080/07481180600852936

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. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2175

Boelen. P. A., van den Bout. J., y van den Hout, M. A. (2003a). 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. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.08.001

Boelen, P. A., van den Bout, J., y van den Hout, M. A. (2006b). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behavior and Research Therapy*, *44*(11), 1657-1672. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.006

Boelen, P. A., y van den Hout, M. (2008). The role of threatening misinterpretations and avoidance in emotional problems after loss. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 36*, 71–87. https://doi.org/10.1017/S1352465807004079

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., y van den Bout, J. (2006c). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109-128. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., y Van Den Bout, J. (2008). The factor structure of Posttraumatic Stress Disorder symptoms among bereaved individuals: a

confirmatory factor analysis study. *Journal of anxiety disorders*, *22*(8), 1377-1383. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.018

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,* 374-378. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076

Bonanno, G. A., y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705-734. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3

Bonanno, G. A., Keltner. D., Holen. A., y Horowitz, M. (1995). When avoiding unpleasant emotions may not be such a bad thing: verbal-automatic 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., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., e 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. https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.342

Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Zhang, N., y Noll, J. G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 86-98. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.86

Bonanno, G. A., Papa, A., y O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, *10*(3), 193-206. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(01)80014-7

Borkovec, T., Ray, W. J., y Stöber, J. (1998). Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, *22*, 561–576. https://doi.org/10.1023/A:1018790003416

Bottomley, J. S., Burke, L. A., y Neimeyer, R. A. (2017). Domains of social support that predict bereavement distress following homicide loss. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *75*(1), 3–25. https://doi.org/10.1177/0030222815612282

Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, *42*, 317-340.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. III. Loss, sadness and depression*. Basic Books.

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión.* Paidós.

Bradbeer, M., Robert, H., Hua-Hie, Y., Hal, K., y Stephen, G. (2003). Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *The clinical Journal of Pain*, *19*(4), 247-254. http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1097/00002508-200307000-00008

Breen, L. J. (2011). Professionals' experience of grief counseling: implications for bridging the gap between research and practice. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *62*(3), 285-303. https://doi.org/10.2190/OM.62.3.e

Breen, L. J., Hall, C. W., y Bryant, R. A. (2017). A clinician's quick guide of evidence-based approaches: prolonged grief disorder. *Clinical Psychologist, 21*(2), 153-154. https://doi.org/10.1111/cp.12124

Breen, L. J., y O'Connor, M. (2007). The fundamental paradox in the grief literature: a critical reflection. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 55*, 199-218. https://doi.org/10.2190/OM.55.3.c

Breen, L. J., y O'Connor, M. (2009). Acts of resistance: breaking the silence of grief following traffic crash fatalities. *Death Studies, 34*, 30-53. https://doi.org/10.1080/07481180903372384

Brett, C. M. M., Johns, L. C., Peters, E. P., y McGuire, P. K. (2009). The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: a comparison of help-seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological Medicine, 39*(6), 939-950. https://doi.org/10.1017/S0033291708004650

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. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748

Brodhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., y Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 17*(5), 521-537.

Brown, J. T. y Stoudemire, G. A. (1983). Normal and pathological grief. *JAMA, 250*(3), 378-382.

Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S, Aderka, I., y Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. J*AMA Psychiatry, 71*(12), 1332-1339. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600

Burke, L. A., y Neimeyer, R, A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: a review of the empirical literature. En M. Stroebe, H. Schut y J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145–161). Routledge.

Burke, L. A., Neimeyer, R. A., y McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African American homicide bereavement: aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *6*(1), 1–24. https://doi.org/10.2190/OM.61.1.a

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30,* 163-176.

Cacciatore, J., Lacasse, J. R., Lietz, C. A., y McPherson, J. (2014). A parent's tears: primary results from the Traumatic Experiences and Resiliency Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *68*(3), 183-205. https://doi.org/10.2190/OM.68.3.a

Cacciatore, J., Thieleman, K., Fretts, R., y Jackson, L. B. (2021). What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PLoS ONE, 16*(5), e0252324. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252324

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., y Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to post-traumatic growth. *Psychologica Belgica, 50*, 125–143. https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-125

Camacho, D. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* [Tesis doctoral. Universidad Camilo José Cela]. Depósito Digital e-UCJC. http://hdl.handle.net/20.500.12020/808

Camacho, D., Pérez-Nieto, M. A., y Gordillo, F. (2018). The role in the guilt associated with bereavement according to cause of death. *Psychiatry Research, 270,* 1053-1058. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.065

Cano-López, J. B, Salguero, J. M, García-Sancho, E., y Ramos-Cejudo, J. (2021). Testing the metacognitive model of rumination and depression in non-clinical population: new data about PBRS and NBRS Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 43*(2), 240-250. https://doi.org/10.1007/s10862-020-09828-1

Cardoso, D., Ferreira, L., Rocha, J., Leite, M y Almeida, V. (2017). Long-term effects of the Entre-os-Rios tragedy on grief and traumatic stress symptoms. *Death Studies, 4*(4), 256-260. https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1271836

Cartwright-Hatton, S., y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(3), 279-296. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X

Chan, C. L., Chan, T. H., y Ng, S. M. (2006). The strength-focused and meaning-oriented approach to resilience and transformation (SMART) a body-mind-spirit approach to trauma management. Social *Work in Health Care, 43(2-3),* 9–36. https://doi.org/10.1300/J010v43n02_03

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., y Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief: concepts and controversies. *Trauma, Violence & Abuse, 3*(4), 307–327. https://doi.org/10.1177/1524838002237332

Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Costa, B. M., Hall, L., y Stewart, J. (2007). Qualitative exploration of the nature of grief-related beliefs and expectations. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 55*(1), 27-56. https://doi.org/10.2190/CL20-02G6-607R-8561

Costermans, J., Lories, G., y Ansay, C. (1992). Confidence level and feeling of knowing in question answering: the weight of inferential processes. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 18*(1), 142-150. https://doi.org/10.1037/0278-7393.18.1.142

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. https://doi.org/10.1080/07481180600614351

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*(5), 648–661. https://doi.org/http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1037/0033-2909.134.5.648

Currier, J. M., Holland, J. M., y Neimeyer, R. A. (2012). Prolonged grief symptoms and growth in the first 2 years of bereavement: evidence for a nonlinear association. *Traumatology, 18*, 65–71. https://doi.org/10.1177/1534765612438948

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(2), 561–574. https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.2.561

de Bruin, G. O., Muris, P., y Rassin, E. (2007). Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Personality and Individual Differences*, *42*(4), 689–699. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.08.015

de Heus, A., Hengst, S. M. C., de la Rie, S. M., Djelantik, A. A. A. M. J., Boelen, P. A., y Smid, G. E. (2017). Day patient treatment for traumatic grief: preliminary evaluation of a one-year treatment programme for patients with multiple and traumatic losses. European *Journal of Psychotraumatology*, *8*(1), 1375335. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375335

Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, *6*, 12-22.

Dinsmore, D. L., y Zoellner, B. P. (2018). The relation between cognitive and metacognitive strategic processing during a science simulation. *The British Journal of Educational Psychology*, *88*(1), 95-117. https://doi.org/10.1111/bjep.12177

Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., y Boelen, P. A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: a latent class analysis. *Psychiatry Research, 247*, 276–281. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023

Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., y Boelen, P. A. (2018). Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder

symptoms following bereavement? A cross-lagged analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *80*, 65-71. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.09.001

Doering, B. K., y Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(5), 286-291. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000263

Dolbier, C. L., Jaggars, S. S., y Steinhardt, M. A. (2010). Stress-related growth: pre-intervention correlates and change following a resilience intervention. *Stress and Health*, *26*, 135–147. https://doi.org/10.1002/smi.1275

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). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

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 Boix, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, *33*(147), 31-50. https://doi.org/10.33776/amc.v33i147.1205

Efklides, A. (2002). Feelings and judgments as subjective evaluations of cognitive processing: how reliable are they. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, *9*(2), 163-184.

Efklides, A., Papadaki, M., Papantoniou, G., y Kiosseoglou, G. (1998). Individual differences in feelings of difficulty: the case of school mathematics. *European Journal of Psychology of Education*, *13*(2), 207-226. https://doi.org/10.1007/BF03173090

Efklides, A., Samara, A., y Petropoulou, M. (1999). Feeling of difficulty: an aspect of monitoring that influences control. *European Journal of Psychology of Education, 14*(4), 461-476. https://doi.org/10.1007/BF03172973

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. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00015.x

Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Ehlers, A., Mayou, R. A., y Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(3), 508–519. https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.3.508

Ehlers, A., y Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23(3)*, 217–249. https://doi.org/10.1017/S135246580001585X

Eisma, M. C., Bayukcan-Tetik, A., y Boelen, P. A. (2022). Reciprocal relations of worry, rumination, and psychotathology sympstoms after loss: a prospective cohort study. *Behavior Therapy*, *53*(5), 793-806. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.001

Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A., Lancee, J., y Stroebe, M. S. (2015a). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 46*(6), 729–748. https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007

Eisma, M. C., Franzen, M., Paauw, M., Bleeker, A., y aan het Rot, M. (2021). Rumination, worry and negative and positive affect in prolonged grief: a daily diary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*, 299-312. https://doi.org/10.1002/cpp.2635

Eisma, M. C., Lenferink, L. I., Stroebe, M. S., Boelen, P. A y Schut, H. A. (2019). No pain, no gain: cross-lagged analyses of posttraumatic growth and anxiety, depression, posttraumatic stress and prolonged grief symptoms after loss. *Anxiety, Stress, y Coping, 32*(3), 231-243. https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1584293

Eisma, M. C., Rinck, M., Stroebe, M. S, Schut, H. A., Boelen, P. A., Stroebe, W., y van den Bout, J. (2015b). Rumination and implicit avoidance following bereavement: an approach avoidance task investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 47*, 84–91. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.010

Eisma, M. C., Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., van den Bout, J., y Stroebe, W. (2015c). Adaptive and maladaptive rumination after loss: a three-wave longitudinal study. *The British Journal of Clinical Psychology, 54*(2), 163–180. https://doi.org/10.1111/bjc.12067

Eisma, M. C., Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Stroebe, W., Boelen, P. A., y van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 961–970. https://doi.org/10.1037/a0034051

Eisma, M. C., Schut, H. A., Stroebe, M. S., van den Bout, J., Stroebe, W., y Boelen, P. A. (2014a). Is rumination after bereavement linked with loss avoidance? Evidence from eye-tracking. *PLoS ONE*, *9*(8), e104980. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104980

Eisma, M. C., y Stroebe, M. S (2017). Rumination following bereavement: an overview. *Bereavement Care*, *36*(2), 58–64. https://doi.org/10.1080/02682621.2017.1349291

Eisma, M. C., y Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: a systematic review. *Behavior Therapy*, *52*, 234-249. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004

Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Boelen, P. A., van den Bout, J, y Stroebe, W. (2012). ‘‘Waarom is d it mij overkomen?’’ Ontwikkeling en validatie van de Utrechtse RouwRuminatieSchaal. [‘‘Why did this happen to me?’’ Development and validation of the Utrecht Grief Rumination Scale]. *Gedragstherapie, 43*, 369– 388.

Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., van den Bout, J., Boelen, P. A y Stroebe, W. (2014b). Development and psychometric evaluation of the Utrecht Grief Rumination Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36*(1), 165–176. https://doi.org/10.1037/a0034051

Ellifritt, J., Nelson, K. A., y Walsh, D. (2003). Complicated bereavement: a national survey of potential risk factors. *American Journal of Hospice Palliative Medicine, 20*(2), 114-120. https://doi.org/10.1177/104990910302000209

Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., y Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: a review of four vulnerabilities and

the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review, 29,* 87–100. http://dx.doi.org/10.1016/j. cpr.2008.10.002

Engelhard, I. M., Lommen, M. J., y Sijbrandij, M. (2014). Changing for better or worse? Posttraumatic growth reported by soldiers deployed to Iraq. *Clinical Psychological Science, 3*(5). https://doi.org/10.1177/2167702614549800

Engelkemeyer, S. M., y Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 344–346. https://doi.org/10.1002/jts.20338

Erber, R., y Wegner, D. M. (1996). Ruminations on the rebound. En Wyer. R (Ed.), *Advances in social cognition* (Vol. 9, pp. 73–80). Lawrence Erlbaum Associates.

Feigelman, W., Gorman, B. S., y Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death studies, 33*(7), 591-608. https://doi.org/10.1080/07481180902979973

Fernández, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba* [Tesis doctoral, Universitat de València]. RODERIC. http://hdl.handle.net/10550/15670

Field, N. P. y Filanosky, C. (2009). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies, 34*(1), 1-29. https://doi.org/10.1080/07481180903372269

Field, N., P Gal-Oz, E., y Bonanno, G. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 71*(1), 110–117. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.110

Field, N. P., Gao, B. y Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: an attachment theory based perspective. *Death studies*, *29*(4), 277-299. https://doi.org/10.1080/07481180590923689

Field, N. P., Nichols, C., Holen, A., y Horowitz, M. J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(2), 212–218. https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.2.212

Figley, C. R., Bride, B. E. y Mazza, N. (1997). *Death and trauma: the traumatology of grieving*. Taylor y Francis.

Fisher, P.L., y Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(2), 117-132. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive development inquiry. *American Psychology*, *34*(10), 906–911. https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906

Forstmeier, S. y Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, *99*(1-3), 203-211. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.013

Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., y Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, *20*, 912–919. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. En J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud*. Hogarth. (Orig., 1917).

Freud, S. (1967). Duelo y melancolía. En *Obras completas, tomo I.* Biblioteca Nueva. (Orig., 1917).

Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A. O., Epskamp, S., Tuerlinckx, F., Carr, D., y Stroebe, M. (2015). From loss to loneliness: the relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 256. https://doi.org/10.1037/abn0000028

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. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., y Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: a review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review, 63,* 41-55. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008

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*. https://ebookcentral.proquest.com

García-García, J. A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. C., y Gaminde Inda, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano,

fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, *27*(2), 86-93. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78779-3

Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester Arnal, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, *5*(1), 103-116.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta.* Pirámide.

Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R. T., y Alloy, L. B (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: three tests of the model. *Behavior Research and Therapy*, *48*(19), 1021–1031. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.004

Granek, L. (2010). Grief as pathology: the evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, *13*(1), 46-73. https://doi.org/10.1037/a0016991

Green, B. (2000). Traumatic loss: conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, *5*(1), 1–17. https://doi.org/10.1080/10811440008407845

Gros, D. F., Pavlacic, J. M., y Acierno, R. (2023). Grief reactions in veterans: Influence of diagnostic comorbidity, social support, and functional impairment. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *7*(4). https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100356

Hall, C. A., Reynolds, C. F., Butters, M., Zisook, S., Simon, N., Corey-Bloom, J., Lebowitz, B. D., Begley, A., Mauro, C., y Shear, M. K. (2014). Cognitive

functioning in complicated grief. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 20-25. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.002

Hamilton, J. P., Furman, D. J., Chang, C., Thomason, M. E., Dennis, E., y Gotlib, I. H. (2011). Default-mode and task-positive network activity in major depressive disorder: implications for adaptive and maladaptive rumination. *Biological Psychiatry*, *70*(4), 327-333. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.003

Harris, D. (2010). Opression of the bereaved: a critical analysis of grief in Western Society. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *60*(3), 241-253. https://doi.org/10.2190/OM.60.3.c

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., y Knaevelsrud., C. (2017) A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(6), 1583524. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524

Hengst, S. M. C., Smid, G. E., y Laban, C. J. (2018). The effects of traumatic and multiple loss on psychopathology, disability, and quality of life in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *206*(1), 52–60. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000750

Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, *37*(3), 192-197.

Hibberd, R., Elwood, L. S., y Galovski, T. E. (2010). Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of a loved one. *Journal of Loss and Trauma*, *15*(5), 426-447. https://doi.org/10.1080/15325024.2010.507660

Higson-Smith, C. (2014). Complicated grief in help-seeking torture survivors in sub-Saharan African contexts. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(5), 487–495. https://doi.org/10.1037/ort0000009

Holeva, V., Tarrier, N., y Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behavior Therapy, 32*(1), 65-83. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80044-7

Holland, J. M., Currier, J. M., y Neimeyer, R. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: the role of sense-making and benefit-finding. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 53,* 175–91. https://doi.org/10.2190/FKM2-YJTY-F9VV-9XWY

Holmgren, H. (2019). Life came to a full stop: the experiences of widowed fathers. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 84*(1). https://doi.org/10.1177/0030222819880713

Holmgren, H. (2023). Is online peer support helpful in widowhood? The lived experiences of young parents. *Illness, Crisis & Loss, 31*(3), https://doi.org/10.1177/1054137322109941

Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2.ª ed.). Jason Aronson.

Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes. En J. P. Wilson y B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 49–60). Springer.

Horowitz, M. J. (1997). Mediating on complicated grief disorder as a diagnosis. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 52*(1), 87-89. https://doi.org/10.2190/ALWT-JH33-6474-0DT9

Horowitz, M. J., Bonanno, G., y Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, *55*(3), 260–273. https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00004

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. https://doi.org/10.1176/foc.1.3.290

Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., y Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: the role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders, 188*(1), 22-27. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.008

Hvidtjørn, D., Wu, C., Schendel, D., Parner, E. T., y Henriksen, T. B. (2015). Mortality in mothers after perinatal loss: a population-based follow-up study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology, 123*(3), 393–398. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13268

Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N., Lebowitz, L., y Zisook, S. (2019). Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety, 37*(1), 90-98. https://doi.org/10.1002/da.22965

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Población residente por fecha, sexo y edad*. Instituto Nacional de Estadística. https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=59238

Ito, T., Tomita, T., Hasui, C., Otsuka, A., Katayama, Y., Kawamura, Y., Muraoka, M., Miwa, M., Sakamoto, S., Agari, I., y Kitamura, T. (2003). The link between response styles and major depression and anxiety disorders after child-loss.

Comprehensive Psychiatry, *44*(5), 396–404. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00109-3

Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: diagnosis, treatment, and prevention*. Brunner/Mazel. https://doi.org/10.4324/9781315784496

Jacobs, S. y Douglas, L. (1979). Grief: a mediating process between a loss and illness. *Comprehensive Psychiatry, 20*(2), 165-176. https://doi.org/10.1016/0010-440X(79)90048-8

Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., y Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 269–274.

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., Mazure, C., y Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, *24*(3), 185-199. https://doi.org/10.1080/074811800200531

Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., y Heffelfinger, S, K. (2003). Too much thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 181-195. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00198-6

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Free Press. https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078

Jaycox, L. H., y Foa, E. B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and*

Psychotherapy, 3(3), 176–184. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199609)3:3<176::AID-CPP100>3.0.CO;2-1

Jiménez-Prensa A., Sanz, J., García de Marina, A., Soriano, A., S. Marqueses, J. M., García-Vera. M. P. (2023). ¿Existe el duelo complicado traumático? Diferencias sintomatológicas entre el duelo complicado tras una muerte traumática y una no traumática. *Psicooncología, 20*(2), 373-389. https://dx.doi.org/10.5209/psic.915221

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*(15), 69-86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065

Johnsen, I., Dyregrov, A., y Dyregrov, K. (2012). Participants with prolonged grief - How do they benefit form grief group participation? *OMEGA - Journal of Death and Dying, 65*(2), 87-105. https://doi.org/10.2190/OM.65.2.a

Johnsen, I., Dyregrov, K., Matthiesen, S. B., y Laberg, J. C. (2018). Long-term reactions to the loss of a close friend in an extreme terror incident. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 82*(3), 1-19. https://doi.org/10.1177/0030222818814052

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. https://doi.org/10.1080/07481180903070392

Jordan, A. H., y Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(3), 180–187. https://doi.org/10.1037/a0036836

Juth, V., Smyth, J. M., Carey, M. P., y Lepore, S. J. (2015). Social Constraints are associated with negative psychological and physical adjustment in bereavement: social constraints and adjustment in bereavement. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *7*(2), 129-148. https://doi.org/10.1111/aphw.12041

Kauffman, J. (2002). The psychology of disenfranchised grief: liberation, shame, and self-disenfranchisement. En K. J. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice* (pp. 61–77). Research Press. https://doi.org/10.1080/02682629908657467

Keller, M. C., y Nesse, R. M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders, 86*(1), 27–35. https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.005

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J-Y., Floccard, B., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Reuter, S., Guisset, O., Cohen-Solal, Z., Cracco, C., Seguin, A., Durand-Gasselin, J., Éon, B., Thirion, M., Rigaud, J-P., Philippon-Jouve, B., Argaud, L., Chouquer, R., Adda, M., Dedrie, C., Georges, H., Lebas, E., Rolin, N., Bollaert, P-E., Lecuyer, L., Viquesnel, G., Léone, M., Chalumeau-Lemoine, L., Garrouste, M., Schlemmer, B., Chevret, S., Falissard, B., y Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death or a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal, 45*, 1341-1352. https://doi.org/10.1183/09031936.00160014

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. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032

Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., y Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*(6), 372–381. https://doi.org/10.1159/000348713

Killikelly, C., y Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(6), 1476441. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441

Kleim, B., y Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assaults survivors. *Journal of Traumatic Stress, 22*(1), 45-52. https://doi.org/10.1002/jts.20378

Knowles, L. M., Ruiz, J. M., y O'Connor, M.-F. (2019). A systematic review of the association between bereavement and biomarkers of immune function. *Psychosomatic Medicine, 81*(5), 415–433. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000693

Kristensen, P., Lars, W., y Heir, T. (2010). Predictors of complicated grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. *Death Studies, 34*(2), 137–150. https://doi.org/10.1080/07481180903492455

Kristensen, P., Weisæth, L., y Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry, 75*(1), 76–97. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76

Kokou-Kpolou, C. K., Adansikou, K., Park, S., Hajizadeh, S., Iorfa, S. K., y Cénat, J. M. (2021). Prolonged grief and posttraumatic growth among middle-aged and older widowed persons: a latent class analysis and testing for the role of social support. *Death Studies, 46*(6), 1401-2022. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1978115

Kolubinski, D. C., Marino, C., Nikčević, A. V., y Spada, M. M. (2019). A metacognitive model of self-esteem. *Journal of Affective Disorders, 256*, 42-53. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.050

Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., y O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports, 4*, 100140. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140

Koole, S. L., Smeets, K., Van Knippenberg, A., y Dijksterhuis, A. (1999). The cessation of rumination through self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(1), 111-125. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.111

Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor.* Luciérnaga.

Lacasta, M. A., y Cruzado, J. A. (2023). Effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial. *Palliative and Supportive Care*. https://doi.org/10.1017/S147895152300010X

Lancel, M., Stroebe, M. S., y Eisma, M. C. (2020). Sleep disturbances in bereavement: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews, 53*, 101331. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101331

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), 5870-5876. https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca Ediciones.

Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorders: a review. *Journal of Community Psychology, 11*(1), 3-21. https://doi.org/10.1002/1520-6629(198301)11:1<3::AID-JCOP2290110102>3.0.CO;2-E

Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., y Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 828–840. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.828

Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Buiter, M. Y., de Keijser, K., y Boelen, P. A. (2023). Online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after traumatic loss: a randomized waitlist-controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 52*(5), 508-522. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2225744

Lenferink, L. I. M, Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., y Boelen, P. A. (2018). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety, 37*(1), 35–44. https://doi.org/10.1002/da.22850

Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., y Boelen, P. A. (2019). Reciprocal associations among symptom levels of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression following traumatic loss: a four-wave cross-lagged study. *Clinical Psychological Science*, *7*(6), 1330-1339. https://doi.org/10.1177/2167702619858288

Lenferink, L. I. M., van den Munckhof, M. J. A., de Keijser, J., y Boelen, P. A. (2021). DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1386988. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131

Levi-Belz, Y., Y Lev-Ari, L. (2019). Is there anybody out there? Attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide-loss survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *207*(3), 131–6. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940

Li, J., Chow, A. Y. M., Shi, Z., y Chan, C. L. W. (2015). Prevalence and risk factors of complicated grief among Sichuan earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 218–23. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.003

Lichtenthal, W. G., Corner, G. W., Sweeney, C. R., Wiener, L., Roberts, K. E., Baser, R. E, Li, Y., Breitbart, W., Kissane, D. W., y Prigerson, H. G. (2015). Mental health services for parents who lost a child to cancer: if we build them, will they come? *Journal of Clinical Oncology*, *33*(20), 2246–2253. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.0406

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. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002

Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., y Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning-making following the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology, 66*(7), 791–812. https://doi.org/10.1002/jclp.20700

Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C., y Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatry Services, 62*(10), 1225-1229. https://doi.org/10.1176/ps.62.10.pss6210_1225

Liébana, S., Sanz-García, A., Fausor, R., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2022). Dysfunctional attitudes and long-term posttraumatic growth in victims of terrorist attacks. *Ansiedad y Estrés, 28*(3), 160-171. https://doi.org/10.5093/anyes2022a19

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.

Lin, N., Dean, A., y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Academic Press.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry, 101*, 141–148.

Lindroos, M., Kupari, M., Heikkila, J., y Tilvis, R. (1993). Prevalence of aortic valve abnormalities in the elderly: an echocardiographic study of a random population

sample. *Journal of the American College of Cardiology*, *21*(5), 1220–1225. https://doi.org/10.1016/0735-1097(93)90249-Z

Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., y Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 23-34. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005

Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G y Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies, 34*(8), 673-698. https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686

Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ng, W. W. N., Ho, C. S. H., y Ho, R. C. M. (2014). A regressional analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry, 12*, 69-76. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.014

Luca, M. (2019). Maladaptive rumination as a transdiagnostic mediator of vulnerability and outcome in psychopathology. *Journal of Clinical Medicine, 8*(3), 314. https://doi.org/10.3390/jcm8030314

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. J*ournal of Affective Disorders, 212*, 138–149. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030

Lyubomirsky, S., y Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(1), 176–190. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.176

Maccallum, F., y Bryant, R. A. (2011). Autobiographical memory following cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(1), 26–31. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.08.006

Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., y Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 113-120. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.07.002

Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Wells, A., y Spada, M. M. (2011). Metacognitions and negative emotions as predictors of symptoms severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 70*(4), 311-317. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.016

Marques, L., Bui, E., LeBlanc, N., Porter, E., Robinaugh, D., Dryman, M. T., Nadal-Vicens, M., Worthington, J., y Simon, N. (2013). Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. *Depression and Anxiety*, *30*(12), 1211-1216. https://doi.org/10.1002/da.22093

Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action.* W. W. Norton.

Martin, L., y Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En R. Wyer (Ed.), *Advances in social cognition* (vol. 9, pp. 1-48). Lawrence Erlbaum Associates.

Matthews, G., y Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, *24*(1), 69-93. https://doi.org/10.1177/0145445500241004

Matthews, G., y Wells, A. (2004). Rumination, depression, and metacognition: the S-REF model. En C. Papageorgiou y A. Wells (Eds), *Depressive rumination: nature, theory and treatment* (pp. 125-151). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470713853

Martínez Arias, R., Castellanos López, M. A., y Chacón Gómez, J. C. (2015). *Análisis de datos en psicología y ciencias de la salud, vol. II. Inferencia estadística.* EOS.

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. https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0037

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. https://doi.org/10.1080/07481187.2012.725571

McDevitt-Murphy M. E., Neimeyer R. A., Burke L. A., Williams J. L., y Lawson K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(3), 303-311. https://doi.org/10.1037/a0024911

McEvoy, P. M., Mahoney, A., Perini, S. J., y Kingsep, P. (2009). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(5), 617-623. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.011

McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., y Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative

thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders, 151*(1), 313–320. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014

Mellings, T. B. M., y Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 243–257. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00040-6

Michael, S., y Snyder, C. (2005). Getting unstuck: the roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies, 29*(5), 435-458. https://doi.org/10.1080/07481180590932544

Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., y Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 24*, 307–317. https://doi.org/10.1002/da.20228

Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G. y Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis, 25*(1), 12-18. https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12

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. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.4.361

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. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2004.07.013

Morina, N. (2011). Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 199*(12), 921-927. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392aae

Morina, N., von Lersner, U., y Prigerson, H. G. (2011). War and bereavement: consequences for mental and physical distress. *PloS One, 6*(7), e22140. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022140

Moritz, S., Klein, J. P., Lysaker, P. H., y Mehl, S. (2022). Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 21*(3), 309-317. https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/smoritz

Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema, 25*(2), 151-157. https://doi:10.7334/psicothema2013.24

Myers, S. G., y Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(7), 806-817. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.09.004

Nakajima, S., Ito, M., Shirai, A., y Konishi, T. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*, 210–214. https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/snakajima

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), 423-429.

Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, *24*(6), 541-558. https://doi.org/10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. Routledge.

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). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-007

Nelson, T. O., Kruglanski, A. W., y Jost, J. T. (1998). Knowing thyself and others: progress in metacognitive social psychology. En V. Y. Yzerbyt, G. Lories, y B. Dardenne (Eds.), *Metacognition: cognitive and social dimensions* (pp. 69-89). Sage Publications. https://doi.org/10.4135/9781446279212.n5

Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh, E. J., Kishon, R., Cook, J., y Marshall, R. D. (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. https://doi.org/10.1002/jts.20223

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. https://doi.org/10.1080/15325020490255322

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 545–562). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10436-023

Nolen-Hoeksema, S. (18–21 de agosto, 2005). *Lost in thought: rumination and depression* [Comunicación oral]. Annual Conference of the American Psychological Association, Washington DC.

Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(4), 801–814. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801

Nolen-Hoeksema, S., y Harrell, Z. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 391–401.3https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.391.52526

Nolen-Hoeksema, S., y Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25*, 37–47. https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005

Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Lawrence Erlbaum Associates.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(5), 1061-1072. https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.5.1061

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., y Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 855–862. https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.1.92

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., y Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67,* 92–104. https://doi.org/10.1037/0022- 3514.67.1.92

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Nordhal, H., Nordhal, H. M., Vogel, P. A., y Wells, A. (2018). Explaining depression symptoms in patients with social anxiety disorder: do maladaptive metacognitive beliefs play a role? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(3), 457-464. https://doi.org/10.1002/cpp.2181

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. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.009

O'Connor, M., Nickerson, A., Aderka, I. M., y Bryant, R. A. (2015). The temporal relationship between change in symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following old age spousal bereavement. *Depression and Anxiety, 32*(5), 335-340. https://doi.org/10.1002/da.22349

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., y Rosie, J, S. (2002). Social support as a predictor of response to group therapy for complicated grief. *Psychiatry, 65*(4), 346-357. https://doi.org/10.1521/psyc.65.4.346.20236

Olmeda, M. S. y García, A. M. (2006). *Parentesco y duelo*. [Conferencia]. VII Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis. https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/parentesco-y-duelo

Onrust, S. A., y Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging and Mental Health, 10*(4), 327-334. https://doi.org/10.1080/13607860600638529

Orth-Gomér, K. (1994). International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease. En S. A. Shumaker y S. M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (pp. 97-117). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2572-5_5

Papa, A., Sewell, M. T., Garrison-Diehn, C., y Rummel, C. (2013). A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy, 44*(4), 639-650. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.009

Papageorgiou, C., y Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behaviour Therapy, 32*(1), 13-26. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1

Papageorgiou, C., y Wells, A. (2013). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 261–273. https://doi.org/10.1023/A:1023962332399

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. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.012

Park, C. L., Cohen, L. H., y Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*(1), 71–105. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x

Park, C. L., y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115–144. https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. International University Press.

Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Tavistock/Routledge.

Parkes, C. M., y Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement.* Basic Books.

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. https://doi.org/10.6018/analesps.443271

Pasnau, R. O., Fawney, F. I., y Fawney, N. (1987). Role of the physician in bereavement. *Psychiatric Clinics of North America, 10*(1), 109-120. https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30580-X

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.

Payne, S., Jarrett, N., Wiles, R., y Field, D. (2002). Counselling strategies for bereaved people offered in primary care. *Counselling Psychology Quarterly, 15*(2), 161-177. https://doi.org/10.1080/09515070110115680

Peirce, R. S., Frone, M, R., Russell, M., Cooper, M. L., y Mudar. P. (2009). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology, 19*(1), 28–38. https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.1.28

Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., y Jackson, D. (2016). 'People look down on you when you tell them how he died': qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(3), 251-257. https://doi.org/10.1111/inm.12210

Pfefferbaum, B., Call, J., Lensgraf, S., Miller, P., Flynn, B., Doughty, D., Tucker, P., y Dickson, W. (2001). Traumatic grief in a convenience sample of victims seeking support services after a terrorist incident. *Annals of Clinical Psychiatry, 13*(1), 19–24. https://doi.org/10.3109/10401230109147125

Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., Prigerson, H. G., y Sveen, J. (2018). Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Research, 267*, 560–565. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.004

Prigerson, H. (2004). Complicated grief. *Bereavement Care, 23*(3), 38–40. https://doi.org/10.1080/02682620408657612

Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., y Jacobs, S. C. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry, 154*, 616–623. https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616

Prigerson, H. G., Bridge, J., Beery, L. C., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., Kupfer, D. J. y Brent, D. A. (2000). Traumatic grief as a risk factor for suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry* (en prensa).

Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., Bierhals, A. J., Kupfer, D. J., y Brent, D. A. (1999a). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry, 156*(12), 1994-1995. https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1994

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., 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. http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1176/ajp.152.1.22

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S.C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M.B., Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-5 and ICD-11. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000121. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121

Prigerson, H. G., y Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. A.W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 613-647). American Psychological Association Press.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., y Miller, M. (1995b). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*, 65-79. https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P.A., Wortman, C. B., Williams, J.B., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.H., y Zisook, S. (1999b). Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *The* B*ritish Journal of Psychiatry*, *174*(1), 67–73. https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., y Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. 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. 165–186). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-008

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*, *24*(1-2), 53-63.

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, *18*, 51–60. https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8

Ramos-Cejudo, J., y Salguero, J. M. (2017). Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Research*, *250*, 25-29. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.056

Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., y Cano-Vindel, A. (2013). Spanish version of the meta-cognitions questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology*, *16*(e95). https://doi.org/10.1017/sjp.2013.95

Ramsay, R. (1977) Behavioural approaches to bereavement. *Behavior Research and Therapy*, *15*(2), 131–135. https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90097-3

Rando, T. A. (1988). *Grieving: How to go on living when someone you love dies*. Lexington Books.

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.

Rando, T. A. (1996). Complications in mourning traumatic death. En K. J. Doka (Ed.), *Living with grief after sudden loss: suicide, homicide, accident, heart attack, stroke* (pp. 139-160). 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., y Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and PTSD. En J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). The Guilford Press.

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). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076.029

Ray, A. y Prigerson, H. (2007). Grieving. En G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (pp. 238- 242). Academic press.

Real Academia Española. (2014). Duelo. En *Diccionario de la lengua española, 23.ª edición*. https://dle.rae.es/

Rees, C. S., y Anderson, R. A. (2013). A review of metacognition in psychological models of obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychologist, 17*(1), 1–8. https://doi.org/10.1111/cp.12001

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. https://doi.org/10.2190/LL2H-T89A-P8K5-742P

Rheingold, A. A., y Williams, J. L. (2015). Survivors of homicide: mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and Victims, 30*(5), 870–883. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00026

Richards, T. A., Acree, M., y Folkman, S. (1999). Spiritual aspects of loss among partners of men with AIDS: post bereavement follow-up. *Death Studies, 23*(2), 105–127. https://doi.org/10.1080/074811899201109

Robbins-Welty, G., Stahl, S., Zhang, J., Anderson, S., Schenker, Y., Shear, M. K., Simon, N. M., Zisook, S., Skritskaya, N., Mauro, C., Lebowitz, B. D. y Reynolds, C. F. (2018). Medical comorbidity in complicated grief: results from the HEAL collaborative trial. *Journal of Psychiatric Research*, *96*, 94–99. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.017

Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Vuletich, H. A., y McNally, R. J. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(3), 510–522. https://doi.org/10.1037/abn0000002

Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J., y Hong, J. (2008). Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology, 22*(2), 203–211. https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.203

Rooney, J. J., y Vanden Heuvel, L. N. (2004). Root cause analysis for beginners. *Quality Progress,* 45–53.

Rosenblatt, P. (1983). *Bitter, bitter tears: nineteenth century diarists and twentieth century grief theories*. University of Minnesota Press.

Rosner, R., Lumbeck, G., y Geissner, E. (2011). Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychotherapy Research, 21*(2), 210–218. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.545839

Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., y Hagl, M. (2014). Efficacy of an out-patient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 167*, 56–63. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035

Rynearson, E. K. (1987). Psychotherapy of pathologic grief: revisions and limitations. *Psychiatric Clinics of North America, 10*(3), 487-500. https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30556-2

Rynearson, E. K. (2006). *Violent death: resilience and intervention beyond the crisis.* Routledge.

Saavedra Pérez, H. C., Ikram, M. A., Direk, N., Prigerson, H. G., Freak-Poli, R., Verhaaren, B. F. J., Hofman, A., Vernooij, M., y Tiemeier, H. (2015). Cognition, structural brain changes and complicated grief. A population-based study. *Psychological Medicine, 45*(7), 1389-1399. https://doi.org/10.1017/S0033291714002499

Sánchez Marqueses, J. M., Fausor, R., Sanz-García, A., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2022). Posttraumatic growth, metacognitive beliefs, self-absorption and dysfunctional trauma-related attitudes in a sample of the Spanish general population. *Ansiedad y Estrés, 28*(3), 194-206. https://doi.org/10.5093/anyes2022a23

Sanders, C. (1989). *Grief: the mourning after dealing with adult bereavement.* John Wiley and 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 Molina, B., Sanz Cortés, A., y Cruzado Rodríguez, J. A. (2023). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado. *Psicooncología, 20*(1), 63-85. https://doi.org/10.5209/PSIC.87570

Schaal, S., Dusingizemungu, J. P., Jacob, N., Neuner, F., y Elbert, T. (2012). Associations between prolonged grief disorder, depression, posttraumatic stress disorder, and anxiety in Rwandan genocide survivors. *Death Studies, 36*(2), 97-117. https://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.573177

Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J. P., y Elbert, T. (2010). Rates and risk for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry, 10.* https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-55

Schoenbach, V. J., Kaplan, B. H., Fredman, L., y Kleinbaum, D. G. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology, 123*(4), 577-591. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114278

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. https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000203178.44894.db

Schut, H. A. W., de Keijser, J., van den Bout, J., y Dijkhuis, J. H. (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research, 4*(3), 225–234. https://doi.org/10.1080/08917779108248776

Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., y Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 265. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4

Shackleton, C. H. (1984). The psychology of grief: A review. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 6*, 153-205. https://doi.org/10.1016/0146-6402(84)90015-8

Shakespeare-Finch, J., y Armstrong, D. (2010). Trauma type and posttrauma outcomes: differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and bereavement. *Journal of Loss and Trauma, 15,* 69–82. https://doi.org/10.1080/15325020903373151

Shakespeare-Finch, J. y Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 223-229. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005

Shear, K. (2015). Complicated grief. *The New England Journal of Medicine, 372*, 153-160. https://doi.org/ 10.1056/NEJMcp1315618

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA, 293*(21), 2601–2608. https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601

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. http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1176/appi.ps.57.9.1291

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., y Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(2), 103-117. https://doi.org/10.1002/da.20780

Shear, K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., y Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1287-1295. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242

Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD a meta-analysis of controlled trials. J*ournal of Traumatic Stress, 11*(3), 413–436. https://doi.org/10.1023/A:1024444410595

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., y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En M. Stroebe, R. O. Hansson y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention* (pp. 23-43). Cambridge.

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. https://doi.org/10.1017/S0033291799002524

Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Ellen, F., Melhem, N. M., y Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(5), 395-399. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.05.002

Sireling, L., Cohen, D., y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: a controlled replication. *Behavior Therapy*, *19*(2), 121-132. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(88)80036-4

Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B. A., Gersons, B. P. R., 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). https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27324

Smith, K. V., y Ehlers, A. (2023). Coping strategies as a causal mediator of the effect of loss-related memory characteristics and negative loss-related appraisals on symptoms of PGD, PTSD and depression. *Psychological Medicine 53*, 1542–1551. https:// doi.org/10.1017/S0033291721003123

Soriano, A. (2022). *Duelo complicado en víctimas del terrorismo y en población general. ¿Existe el duelo traumático?* [Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid].

Spada M. M., Mohiyeddini, C., y Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: factor structure and predictive validity of the Metacognitions Questionnaire 30. *Personality and Individual Differences, 45*(3), 238-242. http://doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.005

Spada, M. M., Moneta, G. B., y Welss, A. (2007). The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism, 42*(6), 567-574. https://doi.org/10.1093/alcalc/agm055

Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., y Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health, 17*(1), 939. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3

Spino, E., Kameg, K. M., Cline, T. W., Terhorst, L., y Mitchell, A. M. (2016). Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide. *Archives of Psychiatry Nursing, 30*(5), 602–606. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.001

Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: a review of the grief work hypothesis. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 26*(1), 19–42. https://doi.org/10.2190/TB6U-4QQC-HR3M-V9FT

Stroebe, M., Boelen, P. A., van den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., y van den Bout, J. (2007a). Ruminative coping as avoidance: a reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*, 462–472. https://doi.org/10.1007/s00406-007-0746-y

Stroebe, M., Hansson, R. O., Schut, H., y Stroebe, W. (Eds.). (2008). *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention.* American Psychological Association.

Stroebe, M., y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies, 23*(3), 197-224. https://doi.org/10.1080/074811899201046

Stroebe, M., Schut, H., y Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: bereaved persons are misguided through the stages of grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *74*(4), 455-473. https://doi.org/10.1177/0030222817691870

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, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007b). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, *370*, 1960-1973. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Stein, D, J. Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W.M., Sadler, J, Z., Kendler, K, S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine, 40*(11), 1759-1765. https://doi.org/10.1017/S0033291709992261

Supiano, K. P., y Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *The Gerontologist, 54*(5), 840–856. https://doi.org/10.1093/geront/gnt076

Sveen, J., Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., y Eisma, M. C. (2019). Rumination in bereaved parents: psychometric evaluation of the Swedish version of the Utrecht

Grief Rumination Scale (UGRS). *PLoS ONE 14*(3), e0213152. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213152

Szabo, Y. Z., Warnecke, A. J., Newton, T. L., y Valentine, J. C. (2017). Rumination and posttraumatic stress symptoms in trauma exposed adults: a systematic review and meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(4), 396-414. https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1313835

Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 158–164. https://doi.org/10.1002/jts.20305

Tait, R., y Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. En J. S. Uleman y J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 351–382). Oxford University Press.

Tang, S., Eisma, M. C., Li, J., y Chow, A. Y. M. (2018). Psychometric evaluation of the Chinese version of the Utrecht Grief Rumination Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*(2), 262-272. https://doi.org/10.1002/cpp.2348

Taylor, S. E., y Armour, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality, 64*(4), 873–898. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Terrés, B. (2016). *Duelo complicado en familiares de fallecidos en atentados terroristas*. [Trabajo fin de máster. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid].

Thieleman, K., y Cacciatore, J. (2014). When a child dies: a critical analysis of grief-related controversies in the DSM5. *Research on Social Work Practice, 24*(1), 114–122. https://doi.org/10.1177/1049731512474695

Thimm, J. C., Kristensen, P., Aulie, I. F., Larsen, I. M., y Johnsen, I. (2024). The associations of grief-related rumination with prolonged grief and posttraumatic stress symptoms: A longitudinal study of bereaved after the 2011 terror attack in Norway. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*, e2950. https://doi.org/10.1002/cpp.2950

Tomita, T., y Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(2), 95-102. https://doi.org/10.1053/comp.2002.30801

Tosun A., e Irak M. (2008). Adaptation, validity, and reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish population, and its relationship to anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry, 19*, 67–80.

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. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.049

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. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.001

Typaldou M., Nidos A., Roxanis I., Dokianaki F., Vaidakis N., y Papadimitriou G. (2010). Psychometric properties of the Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) in a Greek sample. *Annals of General Psychiatry, 9,* 103–110. http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-9-S1-S103

van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., y van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: the role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science and Medicine, 71*, 1669–1676. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.047

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. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5

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. https://doi.org/10.1080/07481180600614385

Wagner, B., y Maercker, A. (2010). The diagnosis of complicated grief as a mental disorder: a critical appraisal. *Psychologica Belgica, 50*(1–2), 27-48. https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-27

Wagø, S. S., Byrkjedal, I. K., Sinnes, H. M., Hystad, S. W., y Dyregrov, K. (2017). Social support and complicated grief: a longitudinal study on bereaved parents after the Utøya terror attack in Norway. *Scandinavian Psychologist, 4.* https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e10

Wahl, C. W. (1970). The differential diagnosis of normal and neurotic grief following bereavement. *Psychosomatics*, *11*(2), 104-106. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(70)71670-8

Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*, 163–206. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163

Watkins, E. R., y Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy, 127*, 103573. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573

Weisman, A. (1976). Coping with untimely death. En R. H. Moos (Ed.), *Human adaptation: coping with life crises* (pp. 261-274). D. C. Health & Co.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*(3), 301-320. https://doi.org/10.1017/S1352465800015897

Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, *21*, 273–280. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80330-2

Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 86-95. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<86::AID-CPP189>3.0.CO;2-S

Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy.* John Wiley & Sons.

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 197-121. https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. The Guilford Press.

Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology, 10*, a2621. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621

Wells, A., y Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy, 32*, 85-102. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80045-9

Wells A., y Cartwright-Hatton S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385-396. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5

Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Lawrence Erlbaum y Associates.

Wells, A., y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11-12), 881-888. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2

Wen, F-H., Juang, Y-Y., Prigerson, H. G., Chou, W-C., Huang, C-C-, Hu, T-H., Chiang, M. C., Chuang, L-P., y Tang, S. T. (2023). Temporal reciprocal relationships among anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder for

family surrogates from interwove care units over their two bereavement years. *BMC Psychiatry, 23.* https://doi.org/10.1186/s12888-023-04916-4

Wenn, J. A. (2017). *Development and testing of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: a randomised controlled trial* [Tesis doctoral Curtin University]. Espace. http://hdl.handle.net/20.500.11937/59668

Wenn. J. A., O'Connor, M., Breen, L. J, Kane, R. T., y Rees, C. S. (2015). Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open, 5,* e007221. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007221

Wenn, J. A., O'Connor, M., Breen, L. J., y Rees, C. S. (2019a). An exploratory study of metacognitive beliefs about coping processes in prolonged grief symptomatology. *Death Studies, 43*(3), 143-153. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1440032

Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T, Rees, C. S., y Breen, L. J. (2019b). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ Open*, e021409. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021409

Wenzlaff, R. M., y Luxton, D. D. (2003). The role of thought supression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research, 27,* 293-308. https://doi.org/10.1023/A:1023966400540

Whittlesea, B. W. (1993). Illusions of familiarity. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 19*(6), 1235-1253. https://doi.org/10.1037/0278-7393.19.6.1235

Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., y Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 617–623. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.617

Wiles, R., Jarrett, N., Payne, S., y Field, D. (2002). Referrals for bereavement counselling in primary care: a qualitative study. *Patient Education and Counseling, 48*(1), 79-85. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00068-X

Williams, J. L., Eddinger, J. R., Rynearson, E. K., y Rheingold, A. A. (2018). Prevalence and correlates of suicidal ideation in a treatment-seeking sample of violent loss survivors. *Crisis, 39*, 377–385. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000520

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. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005

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., y Silver, R. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 349–357. https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.349

Wu, A. W., A. K. M. Lipshutz, y P. J. Pronovost. (2008). Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA*, *299*(6), 685–7. https://doi.org/10.1001/jama.299.6. 685

Yalom, I., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group therapy* (5th ed.). Basic Books.

Yi Yi, P. (2015). *Duelo: factores de riesgo en duelo complicado en cuidados paliativos* [Tesis doctoral. Universidad de Valencia]. RODERIC. http://hdl.handle.net/10550/50028

Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., Reynolds, C., Mauro, C., y Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, *170*(1), 15–21. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.021

Zhou, N., Yu, W., Tang, S., Wang, J., y Killikelly, C. (2018). Prolonged grief and post-traumatic growth after loss: latent class analysis. *Psychiatry Research, 267*, 221-227. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.006

Zimet, G. D, Dahlem, N. W., Zimet, S. G., y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zimmerman, B. J., y Pons, M. M. (1986). Development of a structured interview for assessing student use of self-regulated learning strategies. *American Educational Research Journal, 23*(4), 614-628. https://doi.org/10.3102/00028312023004614

Zisook, S., y DeVaul, R. (1985). Unresolved grief. *American Journal of Psychoanalysis*, *45*(4), 370. https://doi.org/10.1007/BF01252871

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., y Shear, M. K. (2014). Bereavement: course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 482. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8

Zisook, S., Shuchter, S. R., y Mulvihill, M. (1990). Alcohol, cigarette, and medication use during the first year of widowhood. *Psychiatric Annals*, *20*(6), 318-326. https://doi.org/10.3928/0048-5713-19900601-09

Zisook, S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., Paulus, M., y Judd, L. W. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(Suppl.), 29–36.

Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, *26*, 626–653. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008

ANEXO

UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE PERSONALIDAD Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Por este documento consiento en participar en este estudio sobre duelo complicado.

Entiendo que realizaré en el momento en el que firmo este documento varios cuestionarios donde se me harán preguntas sobre mis pensamientos, comportamientos y sentimientos y que volveré a realizar varios cuestionarios sobre la misma temática dentro de unos meses. Entiendo que mis respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas, y que puedo no contestar o dejar en blanco cualquier pregunta que no quisiera responder. He sido informado y entiendo que puedo dejar la investigación en cualquier momento sin ningún perjuicio en mi contra o en contra de la persona que me ha invitado a participar.

He sido avisado que el entrevistador responderá a cualquiera de mis preguntas sobre los procedimientos y propósito de este estudio, pero que ciertas preguntas que pueden afectar a los resultados de este estudio no me serán respondidas hasta después de la finalización del mismo.

He sido informado y comprendo que el estudio no pretende recoger información sobre individuos específicos, y que todos los datos serán codificados de forma que se mantendrá mi anonimato. Consiento en que los resultados de este estudio puedan ser publicados en revistas o libros científicos o difundidos por otros medios a la comunidad científica. No obstante, entiendo que mi nombre nunca aparecerá en dichos medios, que los informes de investigación sólo reflejarán los resultados del grupo y que la identidad de los participantes será protegida.

He sido informado de que cualquier cuestión que me preocupara acerca de cualquier aspecto de este estudio puedo plantearla directamente al Dr. Jesús Sanz Fernández, Catedrático del Departamento de Psicología Cínica de la UCM y director de este estudio (teléf.: 913943040; correo electrónico: jsanz@psi.ucm.es).

He leído y entendido las explicaciones mencionadas arriba y consiento participar en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma:_____ Fecha: _____

Certifico que he presentado esta información al participante y he obtenido su consentimiento.

Nombre del entrevistador:_____Firma: _____