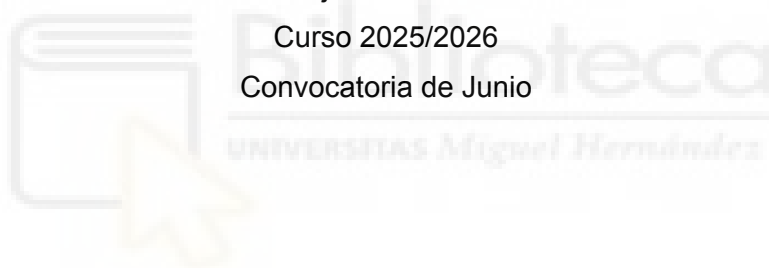




Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2025/2026
Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión de revisiones sistemáticas

Título: Revisión paraguas sobre los tratamientos para el trastorno de duelo prolongado

Autora: Lucía Pelegrina Valdivieso

Tutora: Mireia Orgilés Amorós

Cotutora: Marina Serrano Ortiz

Código COIR: TFG.GPS.MOA.LPV.260528

Elche, 5 de junio de 2026

Índice

Resumen.....	3
Palabras clave.....	3
Introducción.....	4
Metodología.....	7
Procedimientos de búsqueda.....	7
Extracción de datos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	40
Referencias.....	43



Resumen

El trastorno de duelo prolongado (TDP) se define como una respuesta de duelo caracterizada por sintomatología intensa y persistente, que provoca un deterioro funcional significativo en distintas áreas de la vida de quien lo padece. El objetivo de la presente revisión fue sintetizar la evidencia empírica, disponible en revisiones sistemáticas y metaanálisis, sobre la eficacia de los tratamientos dirigidos al TDP. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Web of Science y PSICODOC, incluyéndose finalmente 29 revisiones. Los resultados muestran que las intervenciones psicológicas, especialmente aquellas basadas en la terapia cognitivo-conductual, presentan eficacia en la reducción de síntomas del TDP, así como en su sintomatología comórbida, como depresión, ansiedad y estrés postraumático. Asimismo, las terapias online, así como otros enfoques terapéuticos, como el mindfulness, presentan resultados prometedores debido a su accesibilidad y potencial terapéutico. Sin embargo, dado que la evidencia en este campo continúa siendo heterogénea y limitada, se destaca la necesidad de futuras investigaciones que permitan establecer conclusiones firmes.

Palabras clave: *Revisión paraguas; salud mental; trastorno de duelo prolongado; intervenciones psicológicas; terapia cognitivo-conductual; tratamientos online.*

Abstract

Prolonged Grief Disorder (PGD) is defined as a grief response characterized by intense and persistent symptoms that cause significant functional impairment across different areas of an individual's life. The aim of the present review was to synthesize the empirical evidence available in systematic reviews and meta-analyses regarding the effectiveness of treatments for PGD. A literature search was conducted in the PubMed, PsycINFO, Web of Science, and PSICODOC databases, resulting in the inclusion of 29 reviews. The findings indicate that psychological interventions, particularly those based on cognitive-behavioral therapy, are effective in reducing PGD symptoms as well as associated comorbid symptoms, including depression, anxiety, and post-traumatic stress. Furthermore, online interventions and other therapeutic approaches, such as mindfulness-based therapies, show promising results due to their accessibility and therapeutic potential. However, given that the evidence in this field

remains heterogeneous and limited, further research is needed to establish more definitive conclusions.

Keywords: *Umbrella review; mental health; Prolonged Grief Disorder; psychological interventions; cognitive-behavioral therapy; online treatments.*



Introducción

El duelo se define como una respuesta ante la pérdida de una persona u objeto significativo, que implica diversos componentes psicológicos, físicos y sociales (Victoria García-Viniegras et al., 2014). Aunque la trayectoria sintomática del duelo es variable entre individuos, la mayoría de las personas atraviesan un proceso adaptativo que evoluciona con un curso estable y niveles bajos de malestar. De hecho, entre un 16% y un 33% de las personas en duelo experimentan síntomas afectivos o físicos de intensidad moderada o alta tras la pérdida, pero logran adaptarse progresivamente sin requerir intervención terapéutica (Szuhany et al., 2021).

Durante este proceso, es común experimentar diversas reacciones tanto afectivas como cognitivas, tales como negación, confusión, tristeza, culpa, ira e indefensión, junto con respuestas fisiológicas y conductuales, entre ellas fatiga, opresión en el pecho y la garganta, aislamiento social y trastornos del sueño o la alimentación (Guillem Porta et al., 2007).

No obstante, en un subgrupo de la población el duelo no sigue una evolución adaptativa. En estos casos, la sintomatología no remite con el tiempo, sino que se vuelve persistente e incluso aumenta en intensidad, lo que provoca un deterioro funcional significativo en distintas áreas de la vida diaria (Jordan y Litz, 2014; Shear, 2015). Se estima que aproximadamente un 10% de las personas en duelo pueden desarrollar este cuadro pasados los primeros seis meses tras la pérdida. Para describir esta respuesta de duelo, existe una heterogeneidad conceptual a lo largo de los años, incluyendo términos como duelo complicado, patológico, persistente o traumático (Szuhany et al., 2021). Sin embargo, el término más consistente y utilizado en las clasificaciones diagnósticas actuales es “Trastorno de duelo prolongado”.

Existen diversos factores de riesgo relacionados con el desarrollo del trastorno de duelo prolongado. Entre ellos, se encuentran las muertes repentinas, violentas o antinaturales, así como la pérdida de una pareja o hijo. Además, variables como el sexo femenino, la evitación cognitiva y factores estresantes crónicos, también se identifican como factores determinantes. Por el contrario, existen factores que protegen frente a este trastorno, entre los que destaca la presencia de apoyo social (Boelen & Smid, 2017; Falala et al., 2024).

En la actualidad, el trastorno de duelo prolongado está formalmente reconocido como una entidad clínica en los principales sistemas de clasificación DSM-5-TR y CIE-11. Ambos coinciden en destacar como rasgos nucleares la presencia de anhelo y preocupación por la persona fallecida. Sin embargo, existen otras diferencias en cuanto a la delimitación de sus criterios. Por un lado, el DSM-5-TR establece que deben haber transcurrido al menos doce meses tras la pérdida, y requiere la presencia de al menos otros tres síntomas, como la alteración de la identidad o la presencia de un dolor emocional intenso (Prigerson et al., 2021). Por su parte, la CIE-11 determina un umbral temporal de seis meses tras la pérdida. Además, exige que la respuesta de duelo exceda las normas socioculturales y contextuales del individuo y esté expresada con síntomas como niveles altos de dolor emocional o culpa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

El trastorno del duelo prolongado conlleva graves consecuencias en la salud física y mental. Se ha demostrado que se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares,

cáncer, insomnio, depresión, ansiedad o conducta suicida, así como con un aumento de la mortalidad (Zisook et al., 2014). Además, a diferencia del duelo normativo, la evidencia indica que este trastorno no se resuelve de forma espontánea y que requiere una intervención específica, ya que los tratamientos especializados resultan significativamente más eficaces que la psicoterapia interpersonal estándar (Shear et al., 2005). Asimismo, no se han encontrado efectos significativos en intervenciones preventivas, lo que sugiere que este trastorno podría no prevenirse fácilmente y refuerza la necesidad de intervenciones terapéuticas específicas (Wittouck et al., 2011).

En la actualidad, existen diferentes intervenciones para esta patología. Entre las más destacadas se encuentran el tratamiento específico para el duelo prolongado (TDP), que incluye elementos de exposición, reestructuración cognitiva y terapia interpersonal. Asimismo, la terapia cognitivo conductual (TCC), en formato presencial u online, ha mostrado eficacia al combinar la exposición a los recuerdos de la pérdida con la intervención cognitiva. Por otra parte, el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utiliza para tratar de la sintomatología depresiva comórbida (Boelen & Smid, 2017).

A pesar de la amplia literatura existente en relación a este ámbito, continúan existiendo grandes limitaciones metodológicas. En primer lugar, las investigaciones actuales incluyen el uso inconsistente de definiciones y una notable heterogeneidad en los instrumentos de evaluación utilizados, entre los que se incluyen el Inventario de Duelo Complicado (ICG), la Escala de Duelo Prolongado (PG-13), la Escala de Fallo de Adaptación (FAS) y el Inventario de Duelo Traumático (ITG), así como un predominio de estudios transversales y muestras muy distintas entre sí (Pleshka et al., 2025; Lobb et al., 2010). A ello se añaden las diferencias demográficas entre los grupos comparados, la variación en el tiempo que transcurre tras la pérdida y el tipo de fallecimiento, así como la disparidad en el uso de técnicas de selección. En segundo lugar, se observa una alta tasa de abandono en los estudios, lo que puede afectar a su validez (Lobb et al., 2010). Por último, es preciso destacar las diferencias en la duración de los protocolos de intervención y en los comparadores usados entre estudios, incluyendo distintos tipos de terapias, tratamiento habitual (TAU), tratamiento farmacológico, lista de espera, placebo y otras intervenciones (Sanz Molina et al., 2023; Pleshka et al., 2025). En conjunto, estas limitaciones evidencian la necesidad de una síntesis crítica y global de la literatura existente.

En este contexto, pese a que existen múltiples revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre el tratamiento del duelo prolongado, la evidencia disponible continúa mostrando un alto nivel de inconsistencia. Por ello, una revisión paraguas resulta especialmente pertinente, ya que permite sintetizar e integrar la evidencia procedente de distintas intervenciones, así como evaluar la consistencia y solidez global de sus resultados. Además, facilita la identificación de lagunas en la literatura y contribuye a orientar la práctica clínica y futuras líneas de investigación.

A partir de esta necesidad, el objetivo general de esta revisión es sintetizar la evidencia científica disponible en revisiones sistemáticas sobre los tratamientos del trastorno de duelo prolongado. De manera más específica, la presente revisión pretende identificar y seleccionar las revisiones sistemáticas y meta-análisis más relevantes sobre los tratamientos existentes para el duelo prolongado, así como analizar qué intervenciones

muestran mayor eficacia en la reducción de síntomas. En este sentido, se propone examinar el efecto de los tratamientos sobre la sintomatología asociada al trastorno, incluyendo depresión, ansiedad, conductas de evitación y trastorno de estrés postraumático, además de analizar los resultados clínicos secundarios, como los posibles efectos adversos, y las tasas de respuesta y remisión de los síntomas. De este modo, se procura evaluar la calidad metodológica de las revisiones incluidas, identificar lagunas existentes en la investigación y proponer recomendaciones futuras que guíen la práctica clínica.



Metodología

Procedimientos de búsqueda

Esta revisión paraguas se incluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis, redactados en inglés o español, que presentaran una metodología rigurosa y cumplieran con los criterios de calidad establecidos por la declaración PRISMA (Page et al., 2021). Antes de iniciar la búsqueda bibliográfica, se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, siguiendo el modelo PICO (Población, Intervención, Comparador, Resultados):

- Población: Población diagnosticada con Trastorno de Duelo patológico o complicado según criterios del DSM-5-TR y el CIE-11.
- Intervención: intervenciones psicológicas, farmacológicas, combinadas u otras estrategias terapéuticas dirigidas al tratamiento del TDP.
- Comparador: no se exigió un comparador específico, dado que el objetivo de esta revisión era identificar la eficacia general de los tratamientos disponibles.
- Resultados: se seleccionaron estudios que utilizaran medidas diagnósticas estandarizadas y validadas para el TDP, como entrevistas clínicas estructuradas o escalas específicas, tales como Prolonged Grief Questionnaire (PG-13).

Se excluyeron aquellos estudios publicados en idiomas distintos al inglés o español, así como los que no incluyeran información detallada sobre las características de la intervención o aquellos que no cumplieran con los criterios metodológicos exigidos para ser considerados revisiones sistemáticas o metaanálisis. Asimismo, no se aplicaron restricciones en cuanto a la fecha de publicación.

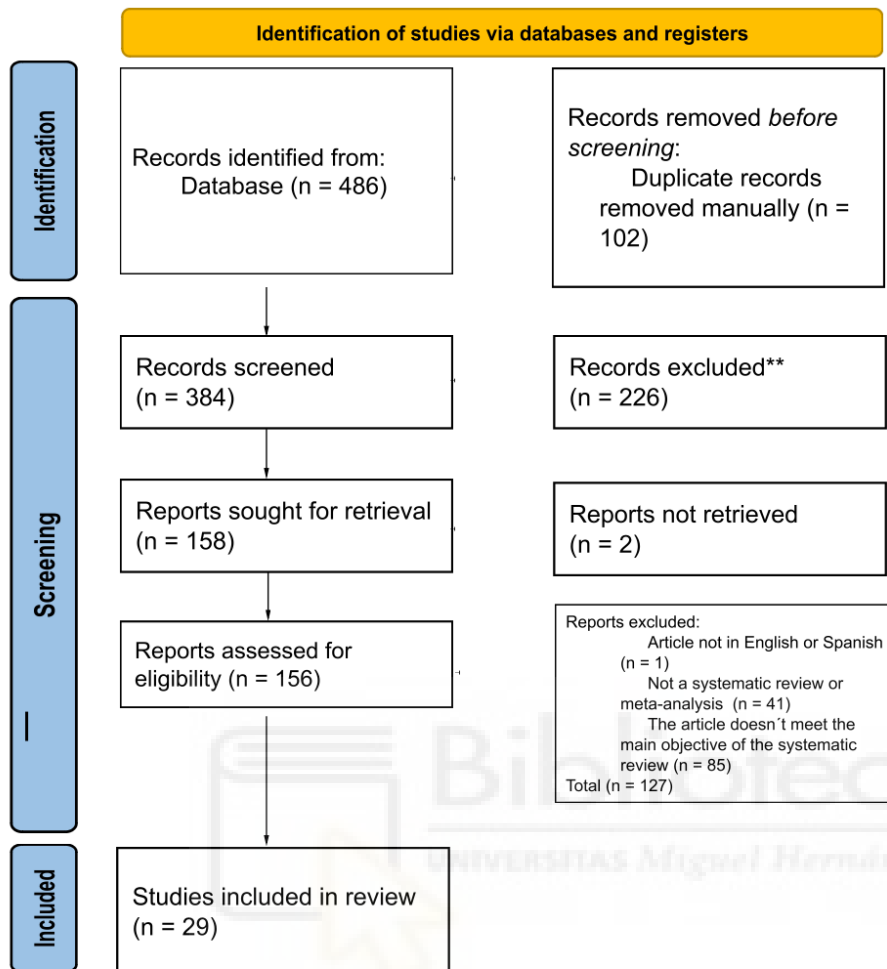
La búsqueda bibliográfica fue realizada por la autora MSO el 3 de febrero de 2026 en cuatro bases de datos electrónicas: MEDLINE (vía PubMed), PsycINFO, Web of Science (Core Collection) y PSICODOC. Las búsquedas se realizaron utilizando operadores booleanos para combinar conceptos y frases clave, empleando los siguientes términos: ("complicated grief" OR "grief" OR "prolonged grief disorder" OR "bereavement" OR "pathological grief" OR "traumatic grief") AND ("psychotherapy" OR "behavior therapy" OR "psychological intervention" OR "psychological therapy" OR "mental health treatment" OR "clinical intervention" OR "psychosocial intervention") AND ("clinical psychology" OR "mental health") AND ("Child" OR "Infant" or "Preschool" OR "Adolescents" OR "Teenager" OR "Youth" OR "Adult" OR "Middle Aged" OR "Young Adult" OR "Aged" OR "Aged, 80 and over"). Además, se contactó por correo electrónico con los autores de aquellos estudios cuyo texto completo no fue accesible.

Los resultados fueron exportados a la plataforma Rayyan®, donde se eliminaron los duplicados. Posteriormente, se generó una base de datos en Microsoft Excel® para organizar el proceso de selección. Dos autoras (LPV y NPI) revisaron de forma independiente los títulos y resúmenes de los artículos identificados, con el objetivo de verificar su adecuación a los criterios de inclusión establecidos. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión y, de no lograrse consenso, se consultó a una tercera revisora (MSO). A continuación, dos autoras (LPV y NPI) realizaron la lectura a texto completo de los estudios preseleccionados, cribando aquellos que cumplían con todos los requisitos metodológicos. Finalmente, la revisora LPV fue responsable de la extracción de los datos relevantes, los cuales fueron organizados en una tabla resumen para su posterior análisis.

Extracción de datos

Se diseñó un formulario específico para la extracción estandarizada de datos. Se recopiló la siguiente información de cada estudio incluido: autores, año de publicación, tipo de estudio, tipo de revisión, objetivos del estudio, número de estudios incluidos, tipo de estudio, número total de participantes, criterios diagnósticos utilizados en los estudios incluidos, herramienta de evaluación del riesgo de sesgo utilizada, registro de protocolo, tipo de población, edad media de los participantes, rango de edad, sexo (% mujeres), tipo de pérdida, instrumentos de evaluación utilizados, terapia, formato de intervención, modalidad de intervención, duración media del tratamiento, comparadores utilizados, variables analizadas, resultados y conclusiones. La extracción de datos fue realizada por la autora LPV.

Figura 1. *Diagrama de flujo PRISMA*



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Resultados

El proceso de búsqueda y selección de estudios se llevó a cabo conforme a las directrices establecidas por la declaración PRISMA (Page et al., 2021), lo que asegura un enfoque transparente, sistemático y riguroso en la identificación, evaluación y selección de la literatura relevante. Los resultados se presentan de forma estructurada en el diagrama de flujo (Figura 1), que ofrece una representación visual clara y detallada de cada etapa del procedimiento, desde la identificación de registros hasta la selección definitiva de los artículos analizados.

En la búsqueda inicial se identificaron un total de 486 registros, publicados entre 1944 y 2025. Tras eliminar duplicados, se revisaron 384 artículos por título y resumen. A continuación, se excluyeron 226 estudios y se analizaron los 158 restantes a texto completo. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 127 trabajos. Finalmente, se incluyeron 29 artículos en esta revisión paraguas.

1. Características metodológicas de las revisiones incluidas

En la presente revisión se incluyeron un total de 29 revisiones publicadas entre 2008 y 2025. Estas, en su mayoría se trataron de revisiones sistemáticas ($n= 24$), además de identificarse dos metaanálisis (Wittouck et al., 2011; Zuelke et al., 2021) y otro tipo de revisiones, como dos revisiones narrativas (Eddinger et al., 2019; Mason et al., 2020), una revisión rápida (Finucane et al., 2025) y una revisión paraguas (Aeschlimann et al., 2024).

Por su parte, el número de estudios incluidos en cada revisión fue variable, pues osciló entre 3 (Wilson et al., 2017) hasta 61 estudios incluidos (Currier et al., 2008). En relación al diseño de los mismos, la mayor parte se trató de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) ($n= 15$) (Dolan et al., 2022; Dsouza et al., 2025; Eddinger et al., 2019), si bien también hubo estudios cuasi-experimentales ($n= 4$) (Enez et al., 2017; McDaid et al., 2008) y diseños mixtos ($n= 9$) (Aeschlimann et al., 2024; Alves-Costa et al., 2019; Bondy & Scott et al., 2025). En un caso, no se especificó claramente el diseño de los estudios incluidos (Hanauer et al., 2024).

Las herramientas de evaluación del riesgo de sesgo fueron heterogéneas, siendo las más frecuentes Cochrane, MMAT, JBI, Jadad y AMSTAR-2 (Dolan et al., 2022; Dsouza et al., 2025; Graham et al., 2025). Sin embargo, varias revisiones no especificaron de manera clara el uso de herramientas de evaluación del sesgo (Linde et al., 2017; Srivastava et al., 2025). Asimismo, el registro de protocolo fue inconsistente, ya únicamente 10 revisiones especificaron acerca de este, lo que refleja cierta variabilidad metodológica entre los estudios.

Tabla 1. Características metodológicas de la revisión

Referencia	Tipo de revisión	Objetivos	Nº estudios incluidos	Tipo de estudio	Herramienta de evaluación de sesgo	Registro de protocolo
Aeschlimann et al. (2024)	Revisión paraguas	Revisar la evidencia empírica sobre intervenciones para el duelo con enfoque intercultural y las necesidades de investigación futuras.	18	Mixto	JBÍ	Sí
Alves-Costa et al. (2019)	Revisión sistemática	Revisar las intervenciones psicológicas para personas en duelo por homicidio y su efectividad	61	Mixto	Hawker's Checklist	Sí
Andriessen et al. (2019)	Revisión sistemática	Evaluar la efectividad de intervenciones en personas en duelo por suicidio.	11	Mixto	Herramienta de Evaluación de la Calidad para Estudios Cuantitativos	-
Bondy & Scott et al. (2025)	Revisión sistemática	Revisar la eficacia de intervenciones para el TDC en niños y adolescentes	10	Mixto	-	-

Currier et al. (2008)	Revisión sistemática	Sintetizar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en personas en duelo.	61	Mixto	-	-
Dolan et al. (2022)	Revisión sistemática	Evaluar la efectividad de intervenciones mindfulness vs.TCC para reducir síntomas de duelo perinatal complicado.	8	ECAs	MMAT	Sí
Dsouza et al. (2025)	Revisión sistemática	Evaluar ICBT para duelo prolongado en cuidadores	6	ECAs	Cochrane	Sí
Eddinger et al. (2019)	Revisión narrativa	Revisar la eficacia de tratamientos para TEPT y duelo prolongado, comparando intervenciones con y sin exposición.	14	ECAs	-	-
Endo et al. (2015)	Revisión sistemática	Recopilar la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para padres y hermanos en duelo	9	ECAs	-	-
Enez et al. (2017)	Revisión sistemática	Examinar la efectividad de intervenciones psicoterapéuticas para el TDC y analizar qué	21	Cuasi- experimentales	MMAT	-

		tratamientos son más eficaces				
Finucane et al., (2025)	Revisión rápida	Sintetizar la evidencia sobre intervenciones online para mejorar la calidad de vida y afrontamiento tras el duelo	39	ECAs	AMSTAR 2, MMAT	-
Graham et al. (2025)	Revisión sistemática	Evaluar la efectividad y aceptabilidad de intervenciones en niños que han perdido a un progenitor por suicidio	22	Mixto	JBI	-
Hanauer et al. (2024)	Revisión sistemática	Investigar la eficacia de las intervenciones psicosociales en niños y adolescentes en duelo.	39	-	JADAD	-
Hao et al. (2024)	Revisión sistemática	Comparar la eficacia, la aceptabilidad y los resultados de diferentes psicoterapias para el TDP en adultos.	55	ECAs	Cohrane/ CIneMA	Sí
Johannsen et al. (2019)	Revisión sistemática	Evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre los síntomas de duelo en adultos.	32	ECAs	JADAD	Sí

Linde et al. (2017)	Revisión sistemática	Sintetizar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones centradas en el DC para personas en duelo por suicidio.	7	Mixto	-	-
Mason et al. (2020)	Revisión narrativa	Revisar los factores de riesgo/ protectores y las intervenciones para el DC.	32	ECAs	-	-
McDaid et al. (2008)	Revisión sistemática	Evaluar los efectos de las intervenciones de apoyo a las personas en duelo por suicidio.	8	Cuasi- experimentales	Quality Assessment Tool for Quantitative Studies	-
Pleshka et al. (2025)	Revisión sistemática	Comparar la eficacia de intervenciones psicológicas y farmacológicas para TDP.	40	ECAs	Cochrane	Sí
Romero- Moreno et al. (2024)	Revisión sistemática	Revisar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones TCC en duelo de pérdida por suicidio.	5	Cuasi- experimentales	Cochrane	Sí
Saladino et al. (2023)	Revisión sistemática	Evaluar la eficacia de la TCC para los síntomas de DP en niños y adolescentes	20	Cuasi- experimentales	Cochrane	-

Sanz Molina et al. (2023)	Revisión sistemática	Analizar si TCC es eficaz para mejorar el DP en adultos	9	ECAs	Cochrane	-
Srivastava et al. (2025)	Revisión sistemática	Examinar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas para el TDP en estudios publicados entre 2011 y 2024.	30	ECAs	-	-
Sun et al. (2025)	Revisión sistemática	Resumir la evidencia sobre los efectos de MBIs en adultos con DP	13	Mixto	MMAT	Sí
Wagner et al. (2020)	Revisión sistemática	Evaluar y sintetizar la eficacia y los efectos de las intervenciones psicológicas online para personas en duelo.	7	ECAs	Cochrane	Sí
Waller et al. (2016)	Revisión sistemática	Examinar la evidencia de eficacia del grief counselling.	45	ECAs	Cochrane	-
Wilson et al. (2017)	Revisión sistemática	Sintetizar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones psicosociales para el duelo en cuidadores familiares de personas con demencia	3	Mixto	JBIMASTARI	-
Wittouck	Meta-	Evaluar la eficacia de	14	ECAs	Criterios de McDaid	-

et al. (2011)	análisis	las intervenciones psicológicas para el TDP en adultos y examinar los moderadores de los efectos del tratamiento.			et al. (2008), Guía del CRD (Khan et al.) y la Effective Public Health Practice Project tool.	
Zuelke et al. (2021)	Meta-análisis	Evaluar la eficacia de intervenciones online/móviles para el duelo	9	ECAs	Cochrane	Sí

Nota: ECA= Ensayo Clínico Aleatorizado, TDC= Trastorno de Duelo Complicado, DP= Duelo Prolongado, MMAT= Mixed Methods Appraisal Tool, TDP= Trastorno de Duelo Prolongado, JBI= Joanna Briggs Institute, Mixto= ECAs y cuasi-experimentales



2. Características de los participantes

Las muestras de participantes fueron heterogéneas entre revisiones respecto a su tamaño y otras características. El número total de participantes en los estudios oscila entre muestras pequeñas de 19 participantes (Linde et al., 2017), hasta muestras de 7.753 sujetos (Hao et al., 2024). En concreto, 11 revisiones incluyeron muestras de más de 1.000 participantes (Hanauer et al., 2024; Johannsen et al., 2019; Mason et al., 2020). Sin embargo, otras 12 no especificaron el tamaño total de la muestra de forma clara (McDaid et al., 2008; Saladino et al., 2023; Srivastava et al., 2025).

La mayoría de revisiones se centraron en población adulta ($n= 15$) (Enez et al., 2017; Hao et al., 2024; Linde et al., 2017), aunque también se identificaron 13 revisiones con muestras mixtas (Hanauer et al., 2024; McDaid et al., 2008). Asimismo, únicamente una revisión se centró específicamente en niños y adolescentes (Graham et al., 2025). En este sentido, la edad de los participantes abarcó un amplio rango, que varió desde la infancia (aproximadamente desde los 3 años) (Saladino et al., 2023), hasta la vejez (aproximadamente hasta los 80 años) (Johannsen et al., 2019; Alves-Costa et al., 2019; Hao et al., 2024), con medias que en su mayoría se sitúan en la edad adulta, a excepción de la única revisión centrada en población pediátrica (Graham et al., 2025).

Por otro lado, en las muestras se observó un claro predominio de mujeres frente a participantes varones, abarcando en la mayoría de estudios más de la mitad de la muestra, e incluso superando en muchas ocasiones más del 70% de esta (Dsouza et al., 2025; Wilson et al., 2017; Romero-Moreno et al., 2024; Sanz Molina et al., 2023). En conjunto, la media del porcentaje de mujeres en la presente revisión se sitúa en aproximadamente un 74,8%.

En relación al tipo de pérdida, las revisiones incluyeron diversas experiencias del duelo, destacando el duelo por pérdida general ($n= 15$) (Currier et al., 2008; Enez et al., 2017; Finucane et al., 2025), seguido de pérdidas antinaturales o traumáticas como suicidio ($n= 5$) (Andriessen et al., 2019; Graham et al., 2025), homicidio ($n= 1$) (Alves-Costa et al., 2019) y duelo perinatal ($n= 1$) (Dolan et al., 2022). Además, una revisión centrada en el duelo anticipatorio en cuidadores de familiares de personas con demencia (Wilson et al., 2017).

En lo que respecta a los criterios diagnósticos, 15 revisiones basaron sus definiciones para el trastorno de duelo prolongado en los criterios de las escalas DSM-5-TR y CIE-11 (Dsouza et al., 2025; Sanz Molina et al., 2023; Hao et al., 2024). Del mismo modo, 15 de las revisiones emplearon escalas estandarizadas de duelo para definirlo

(Aeschlimann et al., 2024; Endo et al., 2015; Currier et al., 2008). En esta línea, se observó una gran heterogeneidad respecto a los instrumentos de evaluación utilizados. No obstante, los más predominantes fueron el Inventory of Complicated Grief (ICG) y la Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13) (Andriessen et al., 2019; Dsouza et al., 2025; Pleshka et al., 2025). Además, dado que las revisiones analizaron otras patologías relacionadas con el duelo, también se emplearon escalas estandarizadas para evaluarlas, como la depresión (*Beck Depression Inventory*), utilizada en al menos 10 revisiones (Dolan et al., 2022; McDaid et al., 2008; Waller et al., 2016), la ansiedad (*Generalized Anxiety Disorder-7*) utilizada en 2 revisiones (Finucane et al., 2025; Sun et al., 2025), el estrés postraumático (*Impact of Event Scale-Revised*) incluido en 5 revisiones (Waller et al., 2017; McDaid et al., 2008; Enez et al., 2017), o la calidad de vida y funcionamiento, que fueron evaluados en 12 revisiones sistemáticas (Mason et al., 2020; Sanz Molina et al., 2023; Srivastava et al., 2025).



Tabla 2. Características de los participantes y estudios incluidos

Referencia	Número total participantes	Tipo de población	Rango edad	Edad media	% Mujeres	Tipo de pérdida/ abandono	Criterios diagnósticos	Instrumentos evaluación
Aeschlimann et al. (2024)	1534	Mixto	-	-	-	Pérdidas antinaturales/ traumáticas	Escalas de duelo	IPG-A; IPG-C; CRIES-13, ITG, CMGQ; LGE, EGI, PCBD Checklist, TGIC, Thematic analysis of session scripts, UCLA Grief Inventory, TRIG; ITG, RMHAP Grief subscale of the Core IGTS; ICG-C, ICG-19, PG-13,
Alves-Costa et al. (2019)	-	Mixto	8-80	-	-	Por homicidio	Escalas estandarizadas	PSTD Scale (DSM-IV), IES-R, BDI, ITG
Andriessen et al. (2019)	-	Mixto	Variable: (niños-+65	-	59%-82%	Por suicidio	Escalas de duelo,	ICG, BDI, DASS, GEI, GRQ, GEQ,

			años)				DSM-5-TR	SAS, PSI
Bondy & Scott et al. (2025)	-	Mixto	6-20	-	-	General	DSM-5-TR	PCBD Checklist, IGTS, IGG-RC, IPG-C, IPG-A, ITG, EGI, Grief Checklist
Currier et al. (2008)	-	Mixto	8-71	40	71,2%	General	Escalas de duelo	Autoinformes, heteroinforme y valoración clínica
Dolan et al. (2022)	681	Adultos	18-45	-	-	Perinatal	CIE-11	PGS, BDI, CES-D
Dsouza et al. (2025)	653	Adultos	-	-	70-96%	Familiares fallecidos	DSM-5-TR, CIE-11	PG-13, ICG, PHQ-9
Eddinger et al. (2019)	-	Adultos	-	-	-	Traumática	DSM-5-TR, escalas de duelo	PCL-C, SCID, TRIG, PCI
Endo et al. (2015)	-	Mixto	-	-	-	Familiares fallecidos	Escalas de duelo	TIG, BDI, BSI
Enez et al. (2017)	-	Adultos	-	-	-	General	-	ICG , ICG-R, BDI, BGQ,IES, PG-13, PGI, SAS-SR
Finucane et al., (2025)	-	Mixto	-	-	-	General	-	ICG, PG-13, PHQ-9, BDI, GAD-7
Graham et al. (2025)	-	Niños y adolescentes	6-18	12	-	Por suicidio	Escalas de duelo	-

Hanauer et al. (2024)	5578	Mixto	-	-	52,5 %	General	CIE-11, DSM-5-TR	IPG-C, EGI
Hao et al. (2024)	7753	Adultos	19-80	48,74	68,39 %	General/Diversa	CIE-11, DSM-5-TR	-
Johannsen et al. (2019)	4760	Adultos	Medias entre 24 y 80 años	50	73%	General	CIE-11	ICG/ICG-R, PG-13, GEI, GES, TIG, GRQ, GEQ, TRIG, CBI, BPQ, GRI, CGM, ITG
Linde et al. (2017)	Variable: 19-122	Adultos	-	43 - 48,6	-	Por suicidio	Escalas de duelo	-
Mason et al. (2020)	4843	Adultos	-	-	-	General	DSM-5-TR	ICG
McDaid et al. (2008)	-	Mixto	-	-	-	Por suicidio	-	IES, BDI, ITG, CES-D, TRGR2L
Pleshka et al. (2025)	4566	Mixto	-	51	72,54%	General	DSM-5-TR, CIE-11	ICG, PG-13, EGI, ITG
Romero- Moreno et al. (2024)	350	Mixto	-	36,67	72,57%	Por suicidio	Escalas de duelo	-
Saladino et al. (2023)	-	Mixto	3-19	-	-	General	DSM-5-TR	BASC-2-SR, BASC-2-PR, IPG-C, EGI, IPG-A, UCLA-RI-SR

Sanz Molina et al. (2023)	1180	Adultos	-	40 - 70	74-86%	General	DSM-5-TR, CIE-11, escalas de duelo	ICG, PG-13, BDCG, BDI, CGI-I, GRAQ, WSAS, SCL-90-R
Srivastava et al. (2025)	-	Mixto	13-80	-	-	General	DSM-5-TR, Escalas de duelo	ICG, PG-13, ICG-R, TGI-SR+, IPG-C
Sun et al. (2025)	2097	Adultos	-	47,43	73%	Variable	Escalas de duelo, CIE-11	FFMQ, MAAS, ICG, PGQ, GI-SR+, HADS, GAD-7, DASS-21, PROMIS Sleep Disturbance, BAI, BDI-II, IES-R,
Wagner et al. (2020)	1257	Adultos	-	41	68-100 %	General	DSM-5-TR, CIE-11, escalas como ICG y PG-13	ICG, ICG-R, PG-13
Waller et al. (2016)	126	Adultos	-	-	-	General	-	ICG, BDI, TRIG, IES
Wilson et al. (2017)	327	Adultos	-	-	84,7%	Pérdida anticipatoria y duelo posterior	Escalas de duelo, DSM-V	-
Wittouck et al. (2011)	1655	Adultos	20-57	41	70%	Antinatural	Escalas de duelo	ICG
Zuelke et al. (2021)	1349	Adultos	≥18 años	-	-	General	Escalas de duelo, DSM-V	ICG, TRIG

Nota: ICG=Inventory of Complicated Grief, PG-13=Prolonged Grief Disorder scale, DSM-V=Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5, PHQ-9=Patient Health Questionnaire-9, BDI= Beck Depression Inventory, CIE- 11= Clasificación Internacional de Enfermedades, GAD-7=General Anxiety Disorder-7, DSM-5-TR= Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-5-Revisión de Texto, PCL-C=PTSD Checklist, SCID=Structured Clinical Interview, TRIG=Texas Revised Inventory of Grief, PCI= Posttraumatic Cognitions Inventory, DASS=Depression Anxiety Stress Scales, GEI= Grief Experience Inventory, GRQ= Grief Recovery Questionnaire, GEQ= Grief Experience Questionnaire, SAS=Social Adjustment Scale, PSI= Psychological Sense of Integration, GCQ=Grief Cognitions Questionnaire, ITG= Inventory of Traumatic Grief, TRGR2L= Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss, TIG= Texas Inventory of Grief, BSI= Brief Symptom Inventory, CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, PCBD Checklist= Persistent Complex Bereavement Disorder Checklist, IGTS= Intrusive Grief Thoughts Scale, ICG-RC= Inventory of Complicated Grief Revised for Children, IPG-C= Inventory of Prolonged Grief for Children, IPG-A= Inventory of Prolonged Grief for Adolescents, ITG= Adapted Inventory of Traumatic Grief, EGI= Extended Grief Inventory, FFMQ= Five Facet Mindfulness Questionnaire, MAAS= Mindful Attention Awareness Scale, BDCG= Brief Dimensional Complicated Grief, GRAQ= Grief-Related Avoidance Questionnaire, CGI-I= Clinical Global Impression Scale-I, WSAS= Work and Social Adjustment Scale, SCL-90-R= Symptom Checklist-90-Revised, DASS-21: Escalas de Estrés, Ansiedad y Depresión, PGQ= Prolonged Grief Questionnaire, TGI-SR+= Traumatic Grief Inventory- Self Report Plus, HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale, GAD-7= Generalized Anxiety Disorder-7, BAI= Beck Anxiety Inventory, BDI-II= Beck Depression Inventory-II, PROMIS Sleep Disturbance= Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Sleep Disturbance, IES-R= Impact of Event Scale-Revised, CBI= Core Bereavement Items, BPQ= Bereavement Phenomenology Questionnaire, GRI= Grief Rating Index, CGM= Complicated Grief Measure, PSTD Scale= Post-traumatic Stress Disorder Scale, IPG-C=Inventario de Duelo Prolongado para Niños, EGI=Inventario de Duelo Extendido, BASC-2-SR=Behavior Assessment System for Children, Second Edition–Self-Report, BASC-2-PR= Behavior Assessment System for Children, Second Edition–Parent-Report; IPG-A= Inventory of Prolonged Grief for Adolescents, UCLA-RI-SR=University of California, Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder–Reaction Index–Self-Report

3. Características de las intervenciones

Pese a que se analizaron diversos tipos de intervenciones para el trastorno de duelo prolongado, se observó un importante predominio de la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Enez et al., 2017; Graham et al., 2025; Hao et al., 2024), así como de sus variantes para el duelo, como la terapia de duelo complicado (TDC) (Bondy & Scott et al., 2025; Mason et al., 2020; Sristava et al., 2025). En conjunto, estas se encuentran presentes en 23 revisiones. Sin embargo, algunas revisiones incluían otras terapias relevantes: cuatro de estas incluyeron terapia de exposición (Eddinger et al., 2019; Johannsen et al., 2019; Pleshka et al., 2025; Wagner et al., 2020), cuatro terapia EMDR (Alves-Costa et al., 2019; Srivastava et al. 2025; Sanz Molina et al., 2023; Eddinger et al., 2019), cuatro revisiones analizaron terapia narrativa (Enez et al., 2017; Johannsen et al., 2019; Srivastava et al. 2025; Pleshka et al., 2025), tres la terapia interpersonal (Wittouck et al., 2011; Enez et al., 2017) y cinco revisiones incluyeron intervenciones basadas en mindfulness (MBIs) (Dolan et al., 2022; Eddinger et al., 2019; Sun et al., 2025; Srivastava et al., 2025). También se identificaron otros enfoques terapéuticos como el counselling y grupos de apoyo (n= 7) (Linde et al., 2017; Waller et al., 2016), intervenciones psicosociales y comunitarias (n= 6) (Waller et al., 2016; Graham et al., 2025; Andriessen et al., 2019; Wilson et al., 2017), y técnicas expresivas a través de la escritura y el arte (n= 6) (Aeschlimann et al., 2024; Enez et al., 2017; Linde et al., 2017; McDaid et al., 2008).

Por su parte, el formato de las intervenciones fue muy variable. La mayoría de las revisiones incluyeron intervenciones tanto individuales como grupales (n= 24) (Johannsen et al., 2019; Romero-Moreno et al., 2023; Saladino et al., 2023). Sin embargo, cuatro revisiones se basaron en formato individual (Sanz Molina et al., 2023; Wagner et al., 2020; Waller et al., 2017; Zuelke et al., 2021), y una en el formato grupal (Linde et al., 2017).

Del mismo modo, la modalidad también varió, ya que aunque la mayoría de las intervenciones fueron presenciales (n= 17), es preciso resaltar el auge de las intervenciones online (n= 4), sobre todo en los estudios más recientes (Finucane et al., 2025; Dsouza et al., 2025; Zuelke et al., 2021; Wagner et al., 2020). Además, algunos estudios incluyeron ambos tipos de modalidades (n= 8) (Dolan et al., 2022; Aeschlimann et al., 2024; Srivastava et al., 2025; Wittouck et al., 2011).

La duración de las intervenciones también es heterogénea. Se hallaron intervenciones muy breves, desde 1-2 sesiones o pocos días (Zuelke et al., 2021; Andriessen et al., 2019; Endo et al., 2015; Wittouck et al., 2011), hasta programas terapéuticos más extensos que podían llegar a 20-25 sesiones o varias semanas (Finucane et al., 2025; Wilson et al., 2017; Sanz Molina et al., 2023).

En relación a los comparadores utilizados, los más habituales fueron: lista de espera (n= 16) (Dolan et al., 2022; Enez et al., 2017; Hao et al., 2024), tratamiento habitual (TAU) (n= 8) (Endo et al., 2015; Saladino et al., 2023), ausencia de tratamiento (n= 7) (Pleshka et al., 2025; Wagner et al., 2020), placebo (n= 5) (Currier et al., 2008; Sanz Molina et al., 2023) y comparación con otras intervenciones activas (n= 15) (Hao et al., 2024; Linde et al., 2017). No obstante, tres revisiones no incluyeron comparadores claros (Finucane et al., 2025; Graham et al., 2025; Romero-Moreno et al., 2024).



Tabla 3. Características de las intervenciones

Referencia	Tratamiento	Formato (individual, grupal, etc.)	Modalidad (presencial, online, híbrido)	Duración intervención	Comparadores
Aeschlimann et al. (2024)	TCC, intervenciones espirituales y centradas en el sentido, apoyo psicosocial y técnicas expresivas.	Ambos	Híbrido	6-20 sesiones	Lista de espera, otras terapias
Alves-Costa et al. (2019)	TCC, TEPM, Restorative Retelling, EMDR, psicoeducación	Ambos	Presencial	8-16 sesiones	Medidas pre-post, grupos paralelos y un ECA
Andriessen et al. (2019)	Intervención grupal social, TCC	Ambos	Presencial	1-16 sesiones	TAU, sin tratamiento, GC
Bondy & Scott et al. (2025)	TGCTA, C&G, FBP, Abagane, Theraplay, CBT-CGT, Grief-Help, Terapia de duelo multidimensional	Ambos	Presencial	5-17 sesiones	TAU, lista de espera, autoestudio, supportive counselling
Currier et al. (2008)	Psicoterapia y counselling, grupos de apoyo profesionales, intervención en crisis, actividades sociales en grupos, terapia de escritura, servicio formal	Ambos	Híbrido	7 - 8 sesiones	Lista de espera, GC, placebo

de visitas

Dolan et al. (2022)	TCC e MBIs	Ambos	Híbrido	1-12 sesiones	Lista de espera, sin tratamiento
Dsouza et al. (2025)	ICBT	Ambos	Online	5-10 sem	Lista de espera
Eddinger et al. (2019)	TCC, TE, EMDR, AC, mindfulness	Ambos	Híbrido	3-15 sesiones	Lista de espera
Endo et al. (2015)	Grupos de apoyo, counseling, intervención y psicoterapia en crisis	Ambos	Presencial	1-14 sesiones	Sin tratamiento, control pasivo, TAU, otra intervención de apoyo
Enez et al. (2017)	TDC, TCC, TPI, TN, terapia grupal, terapia de escritura	Ambos	Presencial	4-16 sesiones	Lista de espera, TAU, otras terapias
Finucane et al., (2025)	TCC, MBIs, Terapias online de apoyo psicológico	Ambos	Online	5-50 sem	Sin comparadores
Graham et al. (2025)	TCC, programas psicosociales, intervenciones grupales	Ambos	Presencial	-	Sin comparadores
Hanauer et al. (2024)	TCC y campamento de duelo	Ambos	Híbrido	1-21 sesiones	Sin tratamiento, GC, comparación natural del curso del duelo
Hao et al. (2024)	TCC/TCC de tercera ola, TPI, terapia conductual, terapia cognitiva, terapia psicodinámica ,	Ambos	Presencial	1-12 sem	Lista de espera, TAU, comparación entre psicoterapias

	psicoeducación, psicoterapia de apoyo				
Johannsen et al. (2019)	TCC, TDC, TE, TN, terapia de apoyo	Ambos	Presencial	1-20 sesiones	Lista de espera, control activo, control competitivo
Linde et al. (2017)	TCC, grupos de duelo, terapia de escritura	Grupal	Presencial	2-16 semanas	Sin comparador, grupo de comparación inactivo, comparador activo (otra intervención)
Mason et al. (2020)	TDC, TCC, tratamiento farmacológico	Ambos	Presencial	-	Otra psicoterapia
McDaid et al. (2008)	Terapia grupal, TCC basada en la familia, terapia de escritura	Ambos	Presencial	-	Sin tratamiento, comparador activo
Pleshka et al. (2025)	TCC, TN, TE	Ambos	Híbrido	4-25 sesiones	Lista de espera, sin tratamiento, otras terapias
Romero- Moreno et al. (2024)	TCC	Ambos	Presencial	-	Sin comparador
Saladino et al. (2023)	TCC, TCCDC	Ambos	Presencial	7-20 sem	Lista de espera, counselling, TAU
Sanz Molina et al. (2023)	TCC, TCCDC, TCCDC+ antidepresivos, TCC+ EMDR	Individual	Presencial	8-25 sesiones	Lista de espera, TAU, otra terapia, placebo, TCC sin exposición, tratamiento

					farmacológico
Srivastava et al. (2025)	TCC, TDC, MBIs, EMDR+TCC, TN, musicoterapia, psicoeducación, programas de resiliencia familiar, terapias integrativas	Ambos	Híbrido	4-24 sesiones	Lista de espera, TAU, otra terapia activa, placebo, GC
Sun et al. (2025)	MBIs: MBCT, retiros, counselling, meditation training, etc	Ambos	Presencial	2 días-8 sem	Lista de espera, controles activos, otras intervenciones
Wagner et al. (2020)	TCC, TE	Individual	Online	5-18 sesiones	Lista de espera, GC pasivos/sin tratamiento.
Waller et al. (2016)	Grief counselling	Individual	Presencial	-	-
Wilson et al. (2017)	Intervenciones psicosociales (centros de salud/asistencia social y en entornos comunitarios)	Ambos	Presencial	9-26 sem	Ningún tratamiento, TAU, intervención alternativa.
Wittouck et al. (2011)	TCC, TDC, TPI, escritura expresiva	Ambos	Híbrido	1-12 sesiones	Placebo (GC)
Zuelke et al. (2021)	TCC, TDC	Individual	Online	2 días-3 meses (la mayoría 5 sem)	Otras ISM, sin tratamiento, placebo, lista de espera o tratamiento activo

Nota: TCC= Terapia cognitivo conductual, ICBT= Internet-based Cognitive Behavioral Therapy, TDC= Terapia de Duelo Complicado, AC= Activación conductual, ISM= Intervenciones de Salud Mental, GC= Grupo Control, TAU= Treatment As Usual, TPI= Terapia Interpersonal, TN= Terapia Narrativa, TGCTA= Trauma and Grief Component Therapy for Adolescents, C&G= Children and Grief: Teaching Life Skills, FBP= Family Bereavement Program, CBT-CGT= Cognitive Behavioral Therapy-Complicated Grief Therapy, TCCDC= Terapia Cognitivo Conductual específica para Duelo Complicado, EMDR= Eye Movement Desensitization and Reprocessing, MBIs= Intervenciones basadas en mindfulness, MBCT= Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, TE= Terapia de Exposición, TEPM= Terapia de Exposición Prolongada Modificada, TF-CBT=Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma, GC= Grupo Control



4. Resumen de los resultados principales

En conjunto, las revisiones incluidas analizaron principalmente variables relacionadas con los síntomas y la gravedad del duelo prolongado, así como otras variables comórbidas como la depresión (n= 25) (Enez et al., 2017; Finucane et al., 2025; Hanauer et al., 2024), ansiedad (n= 14) (Endo et al., 2015; Saladino et al., 2023; Sun et al., 2025), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (n= 16) (Dolan et al., 2022; Eddinger et al., 2019; Johannsen et al., 2019), malestar psicológico general (n= 3) (Alves-Costa et al., 2019; Currier et al., 2008; Endo et al., 2015), funcionamiento (n= 7) (Dsouza et al., 2025; Enez et al., 2017; Mason et al., 2020), la calidad de vida (n= 6) (Finucane et al., 2025; Graham et al., 2025; Hao et al., 2024) y el afrontamiento o adaptación (n= 4) (Bondy & Scott et al., 2025; Johannsen et al., 2019; Saladino et al., 2023).

En relación con los resultados de los estudios, 23 revisiones reportaron una disminución de la sintomatología del duelo tras los tratamientos (Aeschlimann et al., 2024; Bondy & Scott et al., 2025; Currier et al., 2008; Dolan et al., 2022). Por otro lado, 5 revisiones señalaron resultados heterogéneos y con poca certeza respecto a la reducción de los síntomas analizados (Alves-Costa et al., 2019; Endo et al., 2015; McDaid et al., 2008; Romero-Moreno et al., 2024).

En relación a otros síntomas, como la variable depresión, 14 de las revisiones que la analizaron reportaron una disminución de sus síntomas (Enez et al., 2017; Finucane et al., 2025; Hanauer et al., 2024; Hao et al., 2024). Asimismo, de las 14 revisiones que incluyeron la variable “Ansiedad”, en 7 de estas se reportó una disminución (Bondy & Scott et al., 2025; Hao et al., 2024; Saladino et al., 2023; Sanz Molina et al., 2023). Respecto al TEPT, que fue analizado en 16 revisiones, se observó mejoras en su sintomatología en 13 revisiones (Aeschlimann et al., 2024; Alves-Costa et al., 2019; Eddinger et al., 2019; Hanauer et al., 2024). Además, en relación a variables como “Afrontamiento”, “Calidad de vida” o “Funcionamiento”, se reportaron mejoras en aproximadamente 6 revisiones (Bondy & Scott et al., 2025; Finucane et al., 2025; Graham et al., 2025; Mason et al., 2020; Srivastava et al., 2025).

Finalmente, es preciso destacar que hasta 10 revisiones señalaron la aparición de resultados mixtos y una limitada y no concluyente evidencia, especialmente en aquellos estudios centrados en duelo por suicidio o counselling (Andriessen et al., 2019; Linde et al., 2017; McDaid et al., 2008; Romero-Moreno et al., 2024; Waller et al., 2016).

Tabla 4. Resumen de los resultados

Referencia	Riesgo de sesgo global	Variables analizadas en la revisión	Resultados	Conclusiones
Aeschlimann et al. (2024)		Síntomas de duelo, TEPT y depresión	↓ Síntomas del duelo, depresión y TEPT	Las intervenciones culturalmente sensibles pueden ↓ síntomas de duelo, pero la evidencia es todavía limitada y heterogénea.
Alves-Costa et al. (2019)		Síntomas de DC, TEPT, depresión, evitación, intrusiones, hiperactivación, imágenes de muerte, y bienestar general/espiritual	↓ TEPT ↓ Depresión En DC: Resultados mixtos	Las personas en duelo por homicidio pueden beneficiarse de intervenciones psicológicas, especialmente las basadas en TCC, Restorative Retelling y EMDR, con componentes psicoeducativos.
Andriessen et al. (2019)		Síntomas de duelo, depresión, ansiedad, funcionamiento	No se hallaron resultados claros	Falta evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para el duelo complejo tras un suicidio.
Bondy & Scott et al. (2025)		Síntomas y gravedad del duelo, depresión, ansiedad, estrés/TEPT, insomnio, afrontamiento, calidad de vida	↓ Síntomas y gravedad del duelo ↓ Ansiedad ↓ Depresión ↓ Estrés/TEPT ↓ Insomnio ↑ Afrontamiento ↑ Calidad de vida	Las intervenciones para duelo prolongado en niños y adolescentes muestran resultados generalmente positivos, especialmente las basadas en TCC y aquellas que incluyen a cuidadores

Currier et al. (2008)	Síntomas de duelo, depresión, ansiedad, malestar psicológico, funcionamiento	En general: ↓ Síntomas duelo ↓ Malestar psicológico	Mejora pequeña global; mayor beneficio en DC / alto malestar; sin beneficio claro mantenido globalmente.
Dolan et al. (2022)	Síntomas de duelo, depresión, ansiedad y TEPT.	↓ Síntomas duelo perinatal	Efectividad de TCC y mindfulness reducir los síntomas de DC perinatal. No se puede determinar cuál es superior.
Dsouza et al. (2025)	Síntomas de duelo, adherencia/retención, funcionamiento.	↓ Síntomas del duelo. Problemas en retención.	ICBT es eficaz para reducir síntomas del DP en cuidadores.
Eddinger et al. (2019)	Síntomas de duelo, TEPT y depresión	↓ Síntomas del duelo y TEPT	Los tratamientos actuales son eficaces para ↓ síntomas de TEPT y duelo prolongado.
Endo et al. (2015)	Síntomas de duelo, depresión, ansiedad, estrés/trauma, malestar psicológico general, ajuste psicológico	Mejoría parcial de síntomas de duelo y malestar psicológico general	Hay muy poca evidencia de calidad suficiente para recomendar una intervención concreta; se necesitan ensayos rigurosos y mejor diseñados
Enez et al. (2017)	Síntomas de duelo, depresión, ansiedad, evitación, funcionamiento	TDC mayor eficacia que TI en: ↓ evitación ↓ depresión ↓ síntomas de duelo	Mejores resultados en tratamientos específicos (como TDC y TCC) que aquellos generalizados (como TI)

Finucane et al., (2025)	Síntomas de intensidad del duelo, Depresión, Estrés, Bienestar, Afrontamiento, Calidad de vida	↓ Síntomas de intensidad del duelo ↓ Depresión ↓ Estrés ↑ Afrontamiento ↑ Calidad de vida	Las intervenciones online para el duelo son viables y efectivas. Además, aumentan el acceso al apoyo psicológico.
Graham et al. (2025)	Síntomas de duelo, psicopatologías derivadas del duelo, calidad de vida	↓ Síntomas del duelo ↑ Calidad de vida	Las intervenciones muestran resultados prometedores, pero la evidencia es heterogénea y limitada, especialmente en población de duelo por suicidio
Hanauer et al. (2024)	Síntomas de duelo, TEPT, depresión	↓ Síntomas duelo en intervenciones preventivas ↓ TEPT ↓ Depresión	Las intervenciones psicosociales pueden ayudar a reducir los síntomas de duelo en niños y adolescentes, sobre todo si presentan malestar elevado.
Hao et al. (2024)	Síntomas de DP, aceptabilidad, depresión, ansiedad, TEPT, evitación y calidad de vida.	↓ Síntomas DP ↓ TEPT ↓ Depresión ↓ Ansiedad Aceptabilidad: Resultados variables según tratamiento	Las psicoterapias para el DP en adultos son eficaces en general, aunque difieren en aceptabilidad. Terapia psicodinámica: mayor eficacia para los síntomas de TDP; TCC: la más aceptable.
Johannsen et al. (2019)	Síntomas de duelo, depresión, ansiedad, TEPT adaptación/funcionamiento-calidad de vida.	Principalmente: ↓ Síntomas de duelo	Las intervenciones psicológicas son eficaces para reducir los síntomas de duelo. Funcionan mejor en personas con mayor sintomatología, tras más tiempo desde la pérdida y en formato individual.

Linde et al.
(2017)

Síntomas e intensidad
del duelo,
aspectos específicos
del duelo por suicidio,
ideación suicida

↓ Síntomas e intensidad del
duelo

Existe evidencia (aunque
limitada) de las intervenciones
para personas en duelo por
suicidio, especialmente grupos
de duelo, terapia de escritura y
TCC.

Mason et al.
(2020)

Síntomas duelo,
depresión, calidad de
vida, funcionamiento,
otras patologías
derivadas.

↓ Síntomas de duelo
↑ Calidad de vida
↑ Funcionamiento

Las intervenciones específicas
para el DC, especialmente las
basadas en TCC, muestran
mayor eficacia que las generales

McDaid et al.
(2008)

Síntomas de duelo,
depresión, impacto
traumático

Mejoras en las variables
analizadas
Resultados heterogéneos

La evidencia disponible sobre
intervenciones para personas en
duelo por suicidio es limitada y
metodológicamente débil; no
permite establecer con claridad
qué tratamientos son eficaces.

Pleshka
et al. (2025)

Síntomas DP,
depresión, TEPT

↓ Síntomas DP
↓ TEPT
↓ Depresión

Las intervenciones psicológicas
para TDP son eficaces,
especialmente las que incluyen
exposición, apoyo social,
reconstrucción narrativa y
componentes
cognitivo-conductuales; falta
evidencia en farmacoterapia y
población pediátrica

Romero-
Moreno et al.
(2024)

Síntomas de duelo,
depresión, ansiedad,
TEPT, culpa,
ideación suicida

Resultados heterogéneos entre
estudios en la reducción de las
variables analizadas

Hay cierta evidencia de que la
TCC puede aliviar síntomas del
duelo por suicidio, pero los
resultados mixtos impiden
establecer conclusiones firmes.

Saladino
et al. (2023)

Síntomas DP,
depresión, TEPT,
ansiedad, adaptación
psicológica/social

↓ Síntomas DP
↓ TEPT
↓ Depresión
↓ Ansiedad

La TCC es eficaz para reducir
síntomas de DP y mejorar el
funcionamiento global en
población pediátrica.

Sanz Molina
et al. (2023)

Síntomas de duelo,
depresión, ansiedad,
evitación, TEPT,
funcionamiento
psicosocial/laboral,
culpabilidad,
desesperanza, ideación
suicida, apoyo social,
déficits cognitivos

↓ Síntomas de duelo
↓ Ansiedad
↓ Depresión
↓ TEPT
↓ Evitación

La TCC es eficaz para mejorar la
sintomatología de DP en adultos,
especialmente cuando incluye
exposición.

Srivastava et
al. (2025)

Síntomas/gravedad del
TDC, depresión,
ansiedad, TEPT,
rumiación,
desesperanza
estrés, calidad de vida

↓ Síntomas duelo
↓ Ansiedad
↓ Depresión
↓ Rumiación
↓ TEPT
↑ Calidad de vida

La TCC es eficaz para tratar el
TDP tanto en formatos
presenciales como online. El
tratamiento debe adaptarse
según las características del
duelo, la población y los recursos
disponibles.

Sun et al. (2025)	Síntomas/gravedad del DP, depresión, ansiedad, TEPT, distrés psicológico, alteraciones del sueño	↓ Gravedad del duelo ↓ Ansiedad ↓ Depresión ↓ Estrés/Distrés ↓ Síntomas TEPT ↓ Alteraciones del sueño	Las MBIs pueden mejorar problemas de SM asociados al duelo, pero no se recomienda aún como tratamiento principal del DP por falta de mayor evidencia.
Wagner et al. (2020)	Síntomas DP, depresión, TEPT	↓ Síntomas DP ↓ TEPT ↓ Depresión (en menor medida)	Las intervenciones online basadas en TCC son eficaces para reducir síntomas de duelo y TEPT, con menores efectos sobre la depresión. Su formato digital puede facilitar el acceso a la atención en duelo.
Waller et al. (2016)	Síntomas de duelo, depresión y distrés.	Eficacia mixta/poco clara; pocos estudios con efectos consistentes.	La evidencia sobre counselling en duelo es débil y heterogénea; se requieren estudios más sólidos para una conclusión firme.
Wilson et al. (2017)	Síntomas de duelo (anticipatorio o posterior al fallecimiento)	Mejora moderada de síntomas	Existe evidencia limitada pero indicativa de que las intervenciones psicosociales pueden reducir el duelo
Wittouck et al. (2011)	Síntomas DC, depresión, ansiedad	↓ Síntomas duelo ↓ Ansiedad ↓ Depresión	Las intervenciones de tratamiento específico para el DC son efectivas, mientras que

Zuelke et al.
(2021)

Síntomas de duelo,
TEPT y depresión

↓ Síntomas del duelo, depresión
y TEPT

las preventivas generales no
muestran efectos significativos.

Las intervenciones basadas en
internet y móviles muestran
eficacia para reducir síntomas de
duelo, depresión y TEPT debido
a su bajo costo y alta
accesibilidad.

Nota: EPT= Estrés Postraumático, TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático, SM= Salud Mental, TDP= Trastorno de Duelo Prolongado, DC= Duelo Complicado, DP= Duelo Prolongado, ICBT=Internet-delivered Cognitive Behavioral Therapy



Discusión

La presente revisión paraguas tuvo como objetivo principal revisar y analizar la literatura disponible sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el trastorno de duelo prolongado, así como evaluar su impacto en la sintomatología asociada y comórbida.

Los resultados encontrados indican que las intervenciones psicológicas se asocian con mejoras en los síntomas e intensidad del duelo prolongado y en otras variables relacionadas con este, como la depresión, ansiedad, TEPT y la calidad de vida (Bondy & Scott et al., 2025; Finucane et al., 2025; Mason et al., 2020; Srivastava et al., 2025). Pese a la variabilidad de las intervenciones analizadas, se ha encontrado que aquellas con mayor eficacia son las basadas en la terapia cognitivo conductual, así como sus variantes, como la terapia de duelo complicado. Estas han mostrado resultados prometedores en cuanto a la reducción de los síntomas del duelo, depresión, ansiedad y la evitación (Johannsen et al., 2019; Wagner et al., 2020; Srivastava et al., 2025). Los resultados encontrados pueden relacionarse con los modelos cognitivo-conductuales del duelo, que consideran la evitación emocional y cognitiva como factores mantenedores de la sintomatología (Boelen & Smid, 2017). Por ello, técnicas como la exposición o la reestructuración cognitiva podrían ser especialmente eficaces para reducir el malestar asociado a la pérdida. Además, según estudios, las intervenciones específicas para el trastorno de duelo prolongado, en concreto aquellas que incluyen exposición o escritura terapéutica, son más eficaces que aquellas intervenciones generales, como la terapia interpersonal. Estos resultados coinciden con la literatura previa que afirma que la eficacia del tratamiento era mayor cuando este incorporaba componentes de exposición a los recuerdos de la pérdida y reestructuración cognitiva (Boelen & Smid, 2017; Enez et al., 2017; Mason et al., 2020; Wittouck et al., 2011).

En esta línea, cabe destacar el auge en los últimos años de las intervenciones online, en concreto aquellas basadas en la TCC (Wagner et al., 2020; Zuelke et al., 2021). Estas destacan por su potencial para mejorar el acceso a la atención psicológica y ampliar la disponibilidad de tratamiento (Finucane et al., 2025; Dsouza et al., 2025; Zuelke et al., 2021). Sin embargo, aunque los estudios son prometedores, la evidencia empírica es todavía limitada debido a la variabilidad metodológica entre estudios y a problemas de adherencia y retención en los participantes (Dsouza et al., 2025).

A pesar del predominio de las intervenciones basadas en TCC, también se identificaron otros abordajes terapéuticos, como mindfulness, counselling, grupos de apoyo, EMDR o intervenciones comunitarias, aunque con evidencia más limitada e inconsistente (Alves-Costa et al. 2019; Wilson et al., 2017; Dolan et al., 2022; Sun et al., 2025). El mindfulness (MBIs), ha demostrado ser capaz de reducir la gravedad de la sintomatología del duelo, así como otras variables relacionadas como ansiedad, depresión, TEPT y alteraciones del sueño. Según estos hallazgos, las MBIs podrían ser una terapia útil para abordar la complejidad emocional y fisiológica del trastorno de duelo prolongado descrita por la literatura previa (Guillem Porta et al., 2007; Zisook et al., 2014). Sin embargo, dado que la evidencia es insuficiente, actualmente las MBIs se plantean como una intervención complementaria en lugar de como tratamiento principal (Dolan et al., 2022; Sun et al., 2025). Del mismo modo, se han observado resultados positivos en aquellas terapias que relacionan la terapia para el duelo complicado con componentes de exposición y escritura terapéutica (Enez et al., 2017; Pleshka et al., 2025). Estos resultados coinciden con la

literatura previa que afirma que la eficacia del tratamiento era mayor cuando este incorporaba componentes de exposición a los recuerdos de la pérdida y reestructuración cognitiva (Boelen & Smid, 2017). Por otra parte, se han identificado otros enfoques terapéuticos como el counselling, los grupos de apoyo o intervenciones psicosociales, y otras técnicas expresivas en relación al arte. Sin embargo, a pesar de que en algunas revisiones se reportaron mejoras moderadas de la sintomatología del duelo (Currier et al., 2008; Wilson et al., 2017), en otras la evidencia se consideró limitada e inconsistente (Endo et al., 2015; Lobb et al., 2010; Pleshka et al., 2025; Waller et al., 2016).

Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con prudencia, ya que las revisiones mostraron una gran heterogeneidad metodológica en los estudios incluidos. En primer lugar, se observaron diferencias tanto en las características de las muestras y los tipos de pérdida, como en los formatos y modalidades de intervención, la duración de los tratamientos y los instrumentos utilizados para evaluar el duelo prolongado (Aeschlimann et al., 2024; Andriessen et al., 2019; Dolan et al., 2022; Hao et al., 2024). También se identificaron diferencias en los comparadores e instrumentos de evaluación utilizados (Dsouza et al., 2025; Finucane et al., 2025; Sanz Molina et al., 2023). Además, mientras que algunos estudios emplearon criterios basados en los sistemas de clasificación DSM-5-TR o CIE-11 (Hanauer et al., 2024; Hao et al., 2024; Saladino et al., 2023; Wagner et al., 2020), otros utilizaron únicamente escalas estandarizadas de duelo (Graham et al., 2025; Linde et al., 2017). En conjunto, estas diferencias metodológicas dificultan comparar los resultados entre estudios y extraer conclusiones firmes, coincidiendo con las limitaciones metodológicas descritas previamente en la literatura (Lobb et al., 2010).

A pesar de estas limitaciones, el análisis de resultados obtenidos en la presente revisión paraguas permite extraer importantes implicaciones para la práctica clínica. En primer lugar, los estudios apoyan el uso de intervenciones psicológicas específicas para el trastorno de duelo prolongado, especialmente aquellas basadas en TCC y TDC (Johannsen et al., 2019; Sanz Molina et al., 2023; Srivastava et al., 2025; Wagner et al., 2020). Además, incluir exposición a los recuerdos de la pérdida, reestructuración cognitiva y reconstrucción narrativa puede ayudar a reducir síntomas centrales del trastorno, como la evitación (Boelen & Smid, 2017; Enez et al., 2017; Pleshka et al., 2025; Sanz Molina et al., 2023). Asimismo, es fundamental adaptar las intervenciones a las características del duelo y las necesidades del paciente, ya que se ha comprobado que los tratamientos son especialmente eficaces en pacientes con mayor grado de gravedad de síntomas, con niveles altos de malestar psicológico o tras más tiempo transcurrido desde la pérdida (Currier et al., 2008; Hanauer et al., 2024; Johannsen et al., 2019). En conjunto, los resultados de esta revisión respaldan la necesidad de adaptar los abordajes terapéuticos a las necesidades de las personas que padecen el trastorno, por lo que permiten orientar la práctica clínica hacia intervenciones más específicas y adecuadas a estos pacientes (Shear et al., 2005; Wittouck et al., 2011).

La presente revisión ha permitido sintetizar las revisiones más relevantes acerca de los tratamientos para el trastorno de duelo prolongado desde una perspectiva actualizada. De este modo, debido al gran volumen de revisiones analizadas, se han incluido estudios centrados en diferentes tipos de poblaciones, como ancianos, adultos o cuidadores, adolescentes, niños, así como población en duelo por suicidio, perinatal, anticipatorio o por pérdidas traumáticas, permitiendo tener una amplia visión sobre las diferentes perspectivas que abarca este trastorno (Dolan et al., 2022; Graham et al., 2025; Wilson et al., 2017).

Asimismo, se ha abarcado una gran variedad de intervenciones y enfoques terapéuticos, en distintos formatos y modalidades de impartición, lo que ha permitido compararlas entre sí y valorar el grado de eficacia de cada una según su evidencia disponible. Estas fortalezas señaladas, en parte, han sido posible gracias a la organización estructurada del contenido de las revisiones mediante cuatro tablas: “1. Características metodológicas de la revisión.”, “2. Características de los participantes y estudios incluidos.”, “3. Características de la intervención.” y “4. Resumen de los resultados.”. Esta organización ha permitido la comprensión de las variables más relevantes de las revisiones de forma clara y global.

No obstante, esta revisión también presenta ciertas limitaciones, como la heterogeneidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas. Por otro lado, existen diferencias en los criterios diagnósticos, herramientas de evaluación, las características de las muestras, el tipo de pérdida, los comparadores utilizados y en los tipos, modalidades y duración de las intervenciones (Lobb et al., 2010; Pleshka et al., 2025). Por ello, esta característica se puede interpretar como fortaleza y limitación, ya que aunque nos permite obtener una visión más amplia y completa del trastorno del duelo prolongado, también dificulta la correcta comparación entre resultados y su generalización. Por último, cabe mencionar que en la mayoría de las revisiones hubo datos incompletos o sin especificar, especialmente en relación a las características de los participantes y de las intervenciones. Además, en varias revisiones se reportó evidencia limitada o heterogénea, particularmente en intervenciones para el duelo por suicidio, y en enfoques terapéuticos como counselling, intervenciones psicosociales y mindfulness (Andriessen et al., 2019; Waller et al., 2016; McDaid et al., 2008; Sun et al., 2025; Graham et al., 2025). Por lo tanto, esta falta de información clara dificulta establecer conclusiones firmes sobre algunos estudios.

En ese sentido, las limitaciones encontradas plantean importantes implicaciones para la futura investigación del trastorno de duelo prolongado. En primer lugar, la elevada heterogeneidad metodológica actual hace esencial el uso estandarizado de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR y la CIE-11, así como de instrumentos de evaluación validados como el ICG o el PG-13. Asimismo, se requiere una mayor homogeneidad en las muestras y en el tipo de pérdida estudiada, debido a que las distintas pérdidas presentan características y necesidades diferentes, así como estandarizar la duración de las intervenciones, para una mejor comparación y mayor solidez en las conclusiones. Por otro lado, aunque la terapia cognitivo conductual cuenta con un importante respaldo empírico, la evidencia acerca de otros enfoques terapéuticos como mindfulness, counselling, grupos de apoyo y programas psicosociales sigue siendo limitada, lo que refleja la necesidad de estudios más rigurosos que permitan analizar la eficacia de estos enfoques a largo plazo (Dolan et al., 2022; Sun et al., 2025; Waller et al., 2016; Wilson et al., 2017). Además, el crecimiento de las intervenciones online requiere más estudios para determinar de manera más precisa su viabilidad y efectividad (Finucane et al., 2025; Dsouza et al., 2025; Zuelke et al., 2021). Finalmente, existen limitaciones en cuanto a la evidencia de las revisiones centradas en poblaciones específicas. Por ejemplo, las revisiones centradas en el duelo por suicidio muestran en su mayoría resultados heterogéneos e inconsistentes (Andriessen et al., 2019; McDaid et al., 2008; Romero-Moreno et al., 2024). Del mismo modo, existen lagunas en cuanto a la investigación en población pediátrica (Pleshka et al., 2025). Por ello, sería beneficioso realizar futuras investigaciones que profundicen en poblaciones específicas, para diseñar intervenciones adaptadas a sus necesidades.

En conjunto, la presente revisión paraguas concluye que las intervenciones psicológicas son eficaces para reducir los síntomas del trastorno de duelo prolongado, así como otras variables asociadas como la depresión, la ansiedad o el TEPT, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida en los pacientes. Tras el análisis de diversos tipos de tratamientos, se concluye que la terapia cognitivo conductual y sus variantes específicas para el duelo prolongado son aquellas con resultados mejor respaldados, especialmente cuando incluyen elementos de exposición y reconstrucción narrativa (Johannsen et al., 2019; Sanz Molina et al., 2023; Pleshka et al., 2025). Destaca también las intervenciones para el duelo en modalidad online, las cuales representan una vía potencial para mejorar el acceso a la atención psicológica. Asimismo, pese a que otros enfoques terapéuticos como el mindfulness, counselling o intervenciones psicosociales presentan resultados prometedores, se deben realizar futuras investigaciones centradas en estos tipos de intervención para poder hallar conclusiones firmes sobre su eficacia a largo plazo (Sun et al., 2025; Waller et al., 2016; Wilson et al., 2017).

En definitiva, esta revisión paraguas refuerza la importancia de ampliar la evidencia disponible sobre el trastorno de duelo prolongado, con el fin de diseñar intervenciones específicas que mejoren la atención clínica en personas en duelo, especialmente en poblaciones y contextos poco estudiados.

Referencias

- Aeschlimann, A., Heim, E., Killikelly, C., Arafa, M., & Maercker, A. (2024). Culturally sensitive grief treatment and support: A scoping review. *SSM - Mental Health*, 5, 100325. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100325>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., van Denderen, M., & Halligan, S. (2021). Psychological Interventions for Individuals Bereaved by Homicide: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 22(4), 793–803. <https://doi.org/10.1177/1524838019881716>
- Andriessen, K., Kryszka, K., Hill, N. T. M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC psychiatry*, 19(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>
- Boelen, P. A., y Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*, 357, Artículo j2016. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Bondy, S., & Scott, H. (2025). Interventions for Prolonged Grief Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of child & adolescent trauma*, 18(3), 517–527. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00677-8>
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & 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/10.1037/0033-2909.134.5.648>

- Dolan, N., Grealish, A., Tuohy, T., & Bright, A. M. (2022). Are Mindfulness-Based Interventions as Effective as Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Symptoms of Complicated Perinatal Grief? A Systematic Review. *Journal of midwifery & women's health*, 67(2), 209–225. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13335>
- Dsouza, V. F., Reardon, B., & Giscombé, C. L. W. (2025). A systematic review of internet-based cognitive behavioral therapy studies for prolonged grief disorder: Insights. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 65, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103438>
- Eddinger, J. R., Hardt, M. M., & Williams, J. L. (2021). Concurrent Treatment for PTSD and Prolonged Grief Disorder: Review of Outcomes for Exposure- and Nonexposure-Based Treatments. *Omega*, 83(3), 446–469. <https://doi.org/10.1177/0030222819854907>
- Endo, K., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2015). Interventions for bereaved parents following a child's death: A systematic review. *Palliative medicine*, 29(7), 590–604. <https://doi.org/10.1177/0269216315576674>
- Enez, Ö. (2017). Effectiveness of psychotherapy-based interventions for complicated grief: A systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 441–463. <https://doi.org/10.18863/pgy.295017>
- Falala, A., Lannes, A., Bui, E., & Revet, A. (2024). Prevalence of prolonged grief disorder in bereaved children and adolescents: A systematic review. *L'Encephale*, 50(5), 557–565. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.016>
- Finucane, A., Canny, A., Mair, A. P. A., Harrop, E., Selman, L. E., Swash, B., Wakefield, D., & Gillanders, D. (2025). A rapid review of the evidence for online interventions for bereavement support. *Palliative medicine*, 39(1), 31–52. <https://doi.org/10.1177/02692163241285101>
- Graham, F., Bartik, W., Wayland, S., & Maple, M. (2025). Effectiveness and Acceptability of Interventions Offered for Those Bereaved by Parental Loss to Suicide in Childhood: A Mixed Methods Systematic Review. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 29(1), 45–76. <https://doi.org/10.1080/13811118.2024.235110>
- Guillem Porta, V., Romero Retes, R., & Oliete Ramírez, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En C. Camps Herrero & P. T. Sánchez Hernández (Eds.), *Duelo en oncología* (pp. 63–83). Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- Hanauer, C., Telaar, B., Rosner, R., & Doering, B. K. (2024). The efficacy of psychosocial interventions for grief symptoms in bereaved children and adolescents: A systematic

- review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 350, 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.063>
- Hao, F., Qiu, F., Liang, Z., & Li, P. (2024). Psychotherapies for prolonged grief disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Asian journal of psychiatry*, 99, 104133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104133>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 253, 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Jordan, A. H., & 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>
- Linde, K., Trembl, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PloS one*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & 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>
- Mason, T. M., Toftagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 193(6), 438–443. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040824>
- World Health Organization. (2025). ICD-11 for mortality and morbidity statistics: Prolonged grief disorder. <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es#1183832314>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pleshka, A., Crawford, S., Wellsby, M., Bahji, A., O'Connor, C., Trieu, J., Beck, A., Faqiri, M., & Devoe, D. (2025). Treatments for Prolonged Grief Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Omega*, 302228251364716. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228251364716>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised

- (PG-13-R) scale. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Romero-Moreno, J. C., Cantero-García, M., Huertes-del Arco, A., Izquierdo-Sotorrío, E., Rueda-Extremuera, M., & González-Moreno, J. (2024). Grief intervention in suicide loss survivors through cognitive-behavioral therapy: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(9), 791. <https://doi.org/10.3390/bs14090791>
- Saladino, V., Verrastro, V., Calaresi, D., & Barberis, N. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for prolonged grief symptoms in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Stress Management*, 31(1), 66–85. <https://doi.org/10.1037/str0000301>
- Sanz Molina, B., Sanz Cortés, A., & Cruzado, 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>
- Shear M. K. (2015). Clinical practice. Complicated grief. *The New England journal of medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental psychobiology*, 47(3), 253–267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>
- Srivastava, T., Lee, K., Ehrenkranz, R., Cozzolino, P. J., Wise, F. A., Burns, M., McCormick, T., Yaden, D., Agrawal, M., & Penberthy, J. K. (2025). The efficacy of psychotherapeutic interventions for prolonged grief disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 380, 561–575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.173>
- Sun, X., Schroevers, M. J., Lessing, M. O., Karsten, J., & Eisma, M. C. (2025). Mindfulness in adaptation to bereavement: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(6), Article e70198. <https://doi.org/10.1002/cpp.70198>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Victoria García-Viniegras, C. R., Grau Abalo, J. A., & Infante Pedreira, O. E. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la atención primaria de salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>
- Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B., & Sanson-Fisher, R. (2016). Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. *Palliative medicine*, 30(2), 132–148. <https://doi.org/10.1177/0269216315588728>

- Wilson, S., Toye, C., Aoun, S., Slatyer, S., Moyle, W., & Beattie, E. (2017). Effectiveness of psychosocial interventions in reducing grief experienced by family carers of people with dementia: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 15(3), 809–839. <https://doi.org/10.11124/JBIRSRIR-2016-003017>
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & 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>
- Zisook, S., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Mauro, C., Skritskaya, N. A., Lebowitz, B., Wang, Y., Tal, I., Glorioso, D., Wetherell, J. L., Iglewicz, A., Robinaugh, D., & Qiu, X. (2018). Treatment of Complicated Grief in Survivors of Suicide Loss: A HEAL Report. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(2), 17m11592. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11592>
- Zuelke, A. E., Lupp, M., Löbner, M., Pabst, A., Schlapke, C., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Effectiveness and Feasibility of Internet-Based Interventions for Grief After Bereavement: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR mental health*, 8(12), e29661. <https://doi.org/10.2196/29661>

