

Intervención cognitivo conductual para sintomatología de duelo complejo persistente

Cognitive Behavioral Intervention for Persistent Complex Grief Symptomatology

Alexis Hernández Stevens ^a, Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza ^b Ana Luisa Facundo Castañeda^c & Karla Patricia Valdés García^d

Abstract:

This study aimed to reduce symptoms associated with persistent complex grief in a female patient through a 13-session intervention based on the cognitive-behavioral model and acceptance and commitment. A clinical case study was conducted with a woman who lost her husband to COVID-19 without having funeral rituals. The participant was assessed using a grief, complex grief, and cognitive distortions questionnaire. The results indicated a significant but small decrease in general grief symptoms (PC=11.11), a decrease in complex grief (PC=42.11), and a small decrease in cognitive distortions. This suggests that the cognitive-behavioral intervention led to a reduction in grief symptoms and cognitive rumination, which in turn had an indirect impact on sleep quality, motivation, and socialization.

Keywords:

COVID-19; Persistent Complex Grief; Cognitive Distortions; Case Study; Cognitive Behavioral Therapy.

Resumen:

Esta investigación tuvo como objetivo disminuir la sintomatología asociada al duelo complejo persistente en una paciente femenina mediante una intervención basada en el modelo cognitivo conductual y de aceptación y compromiso de 13 sesiones. Para esto se llevó a cabo un estudio de caso clínico con una mujer quien perdió a su esposo por el COVID-19, sin tener rituales funerarios. La participante fue evaluada mediante un cuestionario de duelo, duelo complejo y de distorsiones cognitivas. Los resultados apuntaron a una disminución significativa pero pequeña en los síntomas de duelo general (CP= 11.11), disminución en el duelo complejo (42.11), y una disminución pequeña en las distorsiones cognitivas. Lo anterior indica que la intervención cognitivo conductual contribuyó a la reducción significativa de los síntomas de duelo y rumiación cognitiva, lo que indirectamente impactó en la calidad de sueño, motivación y socialización.

Palabras Clave:

COVID-19; Duelo Complejo Persistente; Distorsiones Cognitivas; Estudio de caso; Terapia Cognitivo Conductual.

^a Universidad Autónoma de Coahuila | Saltillo-Coahuila | México, <https://orcid.org/0009-0008-0956-7392>, Email: astevens@uadec.edu.mx

^b Universidad Autónoma de Coahuila | Saltillo-Coahuila | México, <https://orcid.org/0000-0001-9685-3814>, Email: barbara_perez@uadec.edu.mx

^c Universidad Autónoma de Coahuila | Saltillo-Coahuila | México, <https://orcid.org/0009-0001-6303-3956>, Email: a.facundo@uadec.edu.mx

^d Universidad Autónoma de Coahuila | Saltillo-Coahuila | México, <https://orcid.org/0000-0002-1681-1954>, Email: karlavaldes@uadec.edu.mx

INTRODUCCIÓN

El duelo es una respuesta natural a la pérdida de un ser querido y puede manifestarse de diversas maneras según factores individuales, sociales y culturales. Si bien la mayoría de las personas logran adaptarse a la ausencia del fallecido con el tiempo, en algunos casos, el duelo puede volverse persistente y disfuncional si no se afronta adecuadamente, afectando significativamente la vida cotidiana de la persona. (Aguinaga y Pérez, 2022).

El duelo complejo se caracteriza por una tristeza intensa, una alteración prolongada del funcionamiento diario, dificultad en la regulación emocional asociada a distorsiones cognitivas, desesperanza después de más de doce meses y evitación de la idea de perder a un ser querido (Duffy & Wild, 2023).

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la salud mental de la población mexicana, incrementando drásticamente el número de fallecimientos, según datos del INEGI (INEGI, 2022) y, en consecuencia, los casos de duelos. En México, muchas personas enfrentaron pérdidas sin la posibilidad de despedirse, ya que las restricciones sanitarias solo lo permitieron de forma virtual (Carr et al., 2020; Ceberio, 2021). La falta de rituales funerarios y el aislamiento social contribuyeron a sentimientos de soledad y falta de apoyo emocional para los dolientes, quienes pudieron haber experimentado dificultades con respecto a sus pérdidas (Burrell y Selman, 2020; Mortazavi et al., 2023).

Dentro del enfoque psicoterapéutico, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del duelo persistente a través de diversas técnicas basadas en la flexibilidad cognitiva y la aceptación (Samaan et al., 2021), así como modificar pensamientos y creencias desadaptativas asociadas a la pérdida, promoviendo estrategias de afrontamiento más funcionales (Kürümlüoğlu y Tanrıverdi, 2022). A través de técnicas como el debate, se reestructuran cuestiones relativas a la creencia de culpa por la muerte de un ser querido (Linero, 2020). Por otro lado, la exposición gradual a recuerdos dolorosos y la planificación de actividades significativas buscan que el paciente pueda reconstruir su vida sin la presencia de su ser querido fallecido (Martínez y Rodríguez, 2023).

El duelo complejo persistente impacta significativamente la salud mental y el funcionamiento social. (APA, 2014) Si bien la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado eficacia en el tratamiento de sus síntomas (Boelen et al., 2007; Shear et al., 2016), pocos estudios en la población mexicana han evaluado intervenciones en este contexto. Este estudio busca llenar este vacío aportando evidencia empírica relevante para el desarrollo de tratamientos eficaces.

Este estudio de caso aborda el proceso psicoterapéutico de una paciente que experimenta un duelo complejo persistente debido a la muerte de su esposo. Se evalúan sus desafíos emocionales, cognitivos y conductuales, así como las estrategias terapéuticas empleadas en su tratamiento. El objetivo es reducir los síntomas

asociados al duelo complejo persistente en una paciente mediante una intervención cognitivo-conductual para ilustrar la aplicación de la TCC en un caso específico, destacando su eficacia y sus posibles limitaciones para abordar el duelo complejo persistente.

A lo largo del artículo, se presentará la historia clínica del paciente, las técnicas empleadas durante el proceso terapéutico y el progreso observado a lo largo de las sesiones. Este estudio de caso busca aportar evidencia clínica sobre la utilidad de la TCC en el tratamiento del duelo complejo persistente y ofrecer una reflexión sobre la importancia de la intervención psicológica en personas que enfrentan procesos de pérdida complejos.

MÉTODO

Diseño de investigación

Informe de caso de un solo sujeto con un diseño de preprueba y posprueba. Este diseño se caracteriza por la manipulación de una variable independiente (la intervención) para medir su efecto sobre la variable dependiente, concretamente los síntomas que se pretende modificar. Se diferencia de un diseño experimental propiamente dicho por la ausencia de un grupo de control y las dificultades para controlar las variables externas (Ato et al., 2013).

Participantes

Se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: ser adulto, haber sufrido la pérdida de un ser querido hacía más de seis meses y la persistencia de síntomas asociados a un duelo complejo persistente. Otro criterio de inclusión fue la firma de un consentimiento informado y la ausencia de comorbilidad psiquiátrica diagnosticada por un profesional de la salud.

Entre los criterios de eliminación estaban que el participante no asistiera al 15% o más del total de sesiones de la intervención, acumulara más de dos ausencias consecutivas injustificadas y no respondiera a todas las pruebas pretest o posttest.

Identificación del paciente

Una mujer de 67 años que terminó la secundaria. Al momento de la entrevista, se dedicaba a administrar su propio negocio. Enviudó hace 4 años. Su esposo falleció a causa del SARS-CoV-2, con antecedentes de obesidad mórbida.

Instrumentos

Guía de entrevista clínica

Se realizó una entrevista utilizando la guía de entrevista clínica desarrollada por Muñoz et al. (Muñoz et al., 2001), que consta de dos grandes secciones. La primera se dedica a la recopilación de datos personales del consultante, que incluye información sociodemográfica general como edad, sexo, educación y estado civil. La otra sección se dedica a datos generales sobre el problema o sintomatología recopilados, incluyendo la historia clínica, la evolución, la situación vital actual, la

posible relación con el diagnóstico del DSM y las manifestaciones actuales de la sintomatología. Al final de la entrevista, se dejó espacio para observaciones generales del proceso de entrevista.

Inventario de duelo complicado

Un instrumento para evaluar el duelo complicado fue desarrollado por Prigerson et al. (1995) llamado Inventario de Duelo Complicado. Mide el dolor y la depresión entre otras características, y fue posteriormente adaptado al español por Limonero y Maté (2009), y se llama Inventario de Duelo Complicado. El objetivo de este instrumento es diferenciar entre un proceso de duelo patológico y uno normal a través de la presencia de síntomas cognitivos, emocionales y conductuales en el doliente. Cuenta con 19 ítems con cinco categorías de respuesta tipo Likert: *nunca, raramente, a veces, a menudo y siempre*, cuyas puntuaciones van de 0 a 4, respectivamente. Para la calificación, se suman las puntuaciones de cada ítem, con un rango posible de 0 a 76; puntuaciones más altas indican una mayor probabilidad de duelo complicado. Según los autores, una puntuación mayor a 25 puntos indica una mayor probabilidad de duelo complicado.

Según Limonero y Mate (2009), la escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,94 y una fiabilidad test-retest de 0,80 en un intervalo de seis meses. En el análisis de consistencia interna realizado para este estudio, la escala presenta un alfa de Cronbach de 0,945.

Inventario revisado de Texas

El Inventario de Texas tiene como objetivo medir la sintomatología del duelo en personas que han perdido a un ser querido cercano, desarrollado inicialmente por Faschingbauer (1981) y adaptado a la población latina por García et al. (2005). El inventario en su versión en español tiene dos partes, la primera de las cuales se centra en el comportamiento pasado asociado a la pérdida y está compuesto por 8 ítems en una escala Likert que se definen de la siguiente manera: *completamente verdadero, mayormente verdadero, ni verdadero ni falso, mayormente falso, completamente falso* y que puede obtener una puntuación que va desde 5 puntos para *completamente verdadero* hasta 1 punto para *completamente falso*. La segunda parte se centra en los sentimientos actuales con respecto a la pérdida. Está compuesto por 13 ítems que se responden con una escala tipo Likert y tiene las siguientes opciones de respuesta: *completamente verdadero, mayormente verdadero, ni verdadero ni falso, mayormente falso, completamente falso* y calificados desde 5 puntos (*completamente verdadero*) hasta 1 punto (*completamente falso*). Para calificar, se suman las puntuaciones obtenidas en ambas categorías, indicando una medida de la intensidad de los síntomas de duelo complejo en la persona evaluada más que un número específico en esta evaluación.

En cuanto a la fiabilidad, García et al. (2005) reportaron coeficientes alfa de Cronbach de 0,75 y 0,86 para las dos escalas del inventario. La validez factorial presentó cargas que oscilaron entre > 0,40 y 2 en la mayoría de los ítems. El análisis realizado para este estudio arrojó

una consistencia interna de 0,867, medida mediante el alfa de Cronbach. La prueba piloto se realizó con una muestra de cinco participantes y se analizó mediante un método estadístico paramétrico para evaluar la consistencia interna.

Inventario de pensamientos automáticos

El inventario de pensamientos automáticos es un instrumento desarrollado por Ruiz y Lujan (1991) que tiene como objetivo medir la presencia de distorsiones cognitivas. La prueba lista 45 oraciones que contienen 15 tipos de distorsiones cognitivas comúnmente encontradas en la vida diaria. Estas oraciones se contestan en una escala Likert que se responde con un número del 0 al 3 con las siguientes puntuaciones para cada respuesta: *Nunca pienso en ello* igual a 0 puntos, *A veces pienso en ello* igual a 1, *Pienso en ello bastantes veces* corresponde a 3 puntos y *Pienso en ello muy a menudo* 4 puntos. Una vez contestada en su totalidad, el aplicador procede a sumar las puntuaciones para cada una de las distorsiones cognitivas que mide la prueba, las cuales son las siguientes: *Filtrado, Pensamiento polarizado, Sobregeneralización, Interpretación del pensamiento, Visión catastrófica, Personalización, Falacia de control, Falacia de justicia, Razonamiento emocional, Falacia de cambio, Etiquetas globales, Culpa, Debería, Falacia de la razón y Falacia de la recompensa divina*. Una puntuación de 6 o más puede ser indicativa de la presencia significativa de cualquiera de estas distorsiones cognitivas.

En un estudio reciente, se reportó una puntuación de 0,91 (Ruiz y Luján, 1991). Se analizaron los ítems de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach en una población latinoamericana. En este instrumento, se obtuvo una puntuación alfa de Cronbach de 0,964 (Naranjo, 2020).

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a los principios éticos establecidos por la Asociación Americana de Psicología (2017) para la investigación con participantes humanos. Asimismo, se siguieron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). Asimismo, fue aprobado por el Comité de Ética de Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Análisis del motivo de consulta

En el momento de la entrevista, la paciente refirió tener problemas para dormir desde la muerte de su esposo y tomar pastillas naturales que la ayudan a conciliar el sueño. No toma ningún medicamento controlado. Entre las emociones que refiere sentir con respecto a la pérdida se encuentran la añoranza, la soledad, la tristeza, la ira (hacia sí misma, hacia su esposo, a veces hacia Dios y el mundo), la decepción, así como un intenso sentimiento de culpa acompañado de pensamientos recurrentes sobre lo que podría haber hecho de otra manera para evitar su muerte.

La paciente menciona que le gusta permanecer cerca de algunos objetos que le recuerdan la presencia de su

esposo, pero evita otros que le recuerdan más directamente el momento de su muerte.

Menciona que siente que no hay futuro en la vida y que solo se dedica a completar las tareas pendientes que dejó su esposo, pues solo así encuentra una razón para seguir viviendo. También denuncia una mala relación con sus tres hijos.

Historia del problema

Afirma que la aparición de los síntomas mencionados comenzó tras el fallecimiento de su esposo y ha continuado hasta el momento de la entrevista. La paciente también refiere haber asistido, seis meses después de la pérdida, a procesos de sanación, como la *Terapia Angelical* y la *Biodescodificación*, así como haber leído libros donde intenta encontrar una respuesta sobre las causas de la pérdida de su esposo y su estado actual. Al preguntarle si asistía a algún otro proceso terapéutico en el momento de la entrevista, afirma que dejó de asistir a la *Terapia Angelical* hace semanas y que está dispuesta a centrarse únicamente en la intervención del proyecto de investigación mientras dure. Afirma que nunca ha participado en un proceso cognitivo conductual.

Comenta que siempre intentaba aparentar fuerza delante de sus hijos, pero que gritaba de dolor cuando no la veían. Su hija mayor tiene 40 años, seguida de una hija de 37 y un hijo de 36. Al hablar de su esposo, suele hacerlo en presente.

Refiere sentimientos de culpa, ira y tristeza; pensamientos repetitivos sobre la muerte, evasión, problemas de sueño y una disminución del sentido de la vida. Menciona no poder identificar el momento en que siente estas emociones con mayor intensidad; sin embargo, las ha manifestado constantemente desde su muerte.

Diagnóstico

Se realizó una evaluación previa a la intervención psicoterapéutica utilizando el Inventario de Duelo de Texas Revisado, el Inventario de Duelo Complicado y el Inventario de Pensamientos Automáticos. Según la evaluación realizada y el DSM-5, el paciente cumple los criterios establecidos para el Trastorno de Duelo Complejo Persistente 309.89 (F43.8).

Objetivos del tratamiento

Los objetivos del tratamiento acordados con el participante fueron los siguientes:

1. Reducción de sentimientos negativos como culpa, ira y tristeza profunda relacionados con la muerte.
2. Reducción de pensamientos negativos repetitivos sobre la muerte.
3. Regularización del sueño.
4. Disminución de la evitación de estímulos asociados a la muerte.
5. Resignación del dolor que surge de la muerte.
6. Mayor sentido de significado en la vida.

Intervención

Estudios previos han demostrado la eficacia de la intervención cognitivo conductual en los síntomas asociados al trastorno de duelo complejo persistente mediante el uso de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y el desarrollo de estrategias de afrontamiento más efectivas para el manejo de los síntomas (Boelen et al., 2021; Julián & Hernández, 2022; (Komischke et al., 2023). En el marco de esta investigación, se siguió la siguiente estructura en la Tabla 1.

Tabla 1.

Descripción de la intervención

Sesión	Objetivo	Técnica / Instrumento
1	Inicial evaluación	Aplicación del Inventario de Duelo de Texas, el Inventario de Pensamientos Automáticos y el Inventario de Duelo Complicado
2	Comprender el proceso de duelo y el modelo cognitivo conductual.	Psicoeducación
3	Análisis de las distorsiones cognitivas en la aparición de síntomas emocionales del duelo complejo persistente.	Psicoeducación
4	Análisis y reestructuración de las distorsiones cognitivas asociadas a la pérdida.	Reestructuración cognitiva
5	Análisis del mantenimiento de los síntomas emocionales y la evitación en el trastorno de duelo complejo persistente.	Psicoeducación
6	Exposición gradual a estímulos que generan malestar y reducción de la respuesta emocional y evitación.	Exposición
7	Promover respuestas más adaptativas que sigan generando malestar.	Desfusión cognitiva
8	Análisis de albardilla estrategias.	Albardilla estrategias
9	Análisis de estrategias utilizadas previamente que no han funcionado para establecer nuevos comportamientos adaptativos.	Desesperanza creativa
10	Promover la aceptación de situaciones de la vida.	Técnicas enfocadas en aceptación
11	Generar una vida dirección.	Comprometido acción
12	Revisar el proceso terapéutico y reforzar lo aprendido y generar estrategias de afrontamiento	Prevención de recaídas

Sesión	Objetivo	Técnica / Instrumento
	que eviten recaídas en el futuro.	
13	Evaluación final	Inventario de Duelo de Texas, Inventario de Distorsiones Cognitivas e Inventario de Duelo Complicado

RESULTADOS

La Tabla 2 muestra que el tamaño del efecto de la intervención reveló una ligera disminución en la puntuación de duelo (Texas) y una reducción moderada en la sintomatología del duelo complejo (IDC). Sin embargo, se observó un ligero aumento en las distorsiones cognitivas (IPA).

Tabla 2.
Resultados de la puntuación total

	Prueba a previa	Prueba posterior	Porcentaje e cambiar	Cambio r nivel
Texas	90	80	-11.11	pequeño
IDC	57	33	-42.10	moderado
IPA	56	68	21.43	pequeño

En el análisis por subescala se observan tamaños del efecto pequeños en la disminución de la sintomatología del duelo, tanto en la conducta pasada, en el momento de la pérdida, como en los sentimientos actuales.

Tabla 3.
Resultados por subescala, Inventario de Duelo de Texas Revisado

	Prueba a previa	Prueba posterior	Porcentaje e cambiar
Parte I: Comportamiento en el pasado	27	24	-11.11
Parte II: Actual sentimientos	66	56	-11.11

La Tabla 4 muestra que, aunque las distorsiones cognitivas de la interpretación del pensamiento y del razonamiento emocional disminuyeron significativamente, la mayoría de las distorsiones cognitivas aumentaron.

Tabla 4.
Resultados por subescala del Inventario de Pensamiento Automático

	Prueba a previa	Prueba posterior	Porcentaje e cambiar
Filtración	3	3	0
Polarizado pensamiento	1	2	100
Sobregeneralización	2	6	200
Interpretación de pensamiento	3	0	-100
Catastrófica visión	2	3	50
Personalización	1	2	100
Falacia de control	1	2	100
Falacia de justicia	3	12	300
Emocional razonamiento	1	0	-100
Falacia del cambio	1	3	200
Etiquetas globales	1	2	100
Culpabilidad	1	4	300
Deberías	2	4	100
falacia de la razón	2	8	300
Recompensa divina falacia	3	12	300

Hacer un seguimiento

Se realiza una sesión de seguimiento dos semanas después de las pruebas. El paciente refiere haber seguido aplicando las técnicas aprendidas durante la sesión y no ha presentado recaídas durante ese período.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una reducción moderada del duelo complejo (-42,1%) y pequeñas disminuciones del duelo general (-11,1%), lo que sugiere que la TCC puede ser eficaz para intervenir en aspectos centrales del duelo patológico, aunque con limitaciones específicas en este caso.

La magnitud del efecto en el Inventario de Duelo Complejo (CGI) es consistente con otros estudios que informaron mejoras clínicamente significativas con la TCC en los síntomas centrales del duelo prolongado, especialmente al abordar componentes de evitación, rumiación y pensamientos de culpa (Boelen et al., 2021). Otros estudios (Komischke et al., 2023) también informaron que los enfoques estructurados centrados en la aceptación y el compromiso mostraron resultados favorables en la sintomatología del duelo.

Sin embargo, la falta de mejoría o incluso el aumento de algunas distorsiones cognitivas, como la *falacia de la justicia* y la *falacia de la recompensa divina*, plantea interrogantes sobre factores contextuales e intrapersonales que podrían haber interferido en el resultado. En concreto, la paciente expresó una relación conflictiva con sus hijos y sentimientos de injusticia que podrían haber reforzado estas distorsiones durante el tratamiento, como sugiere la literatura sobre esquemas

desadaptativos tempranos en el duelo no resuelto (Duffy y Wild, 2023).

Otra posible explicación del aumento de las distorsiones cognitivas en algunas subescalas del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) es el fenómeno de *activación sintomática* observado en terapias centradas en la exposición emocional. Este fenómeno puede surgir cuando los contenidos cognitivos subyacentes se hacen evidentes al iniciarse el procesamiento emocional, lo que puede aumentar temporalmente la ansiedad y los pensamientos desadaptativos (Levy, 2018).

El aumento de falacias como la de la recompensa divina puede verse respaldado, en el caso específico del duelo, por estudios que indican que la creencia en un agente divino funciona como un factor que promueve la adaptación positiva (DeAngelis y Ellison, 2017). Esto podría sugerir la necesidad de considerar factores individuales adicionales al evaluar a los participantes en este tipo de investigación, así como el papel que cada creencia desempeña en su proceso de adaptación.

Debe tenerse en cuenta la duración limitada del tratamiento. Si bien 13 sesiones pueden ser suficientes para reducir los síntomas principales, algunos estudios sugieren que, en casos con distorsiones cognitivas sustanciales o antecedentes de intervenciones ineficaces previas (como terapias alternativas reportadas por el paciente), podrían requerirse tratamientos más prolongados o intensivos (Shear et al., 2016; Martínez & Rodríguez, 2023).

Finalmente, aunque el seguimiento fue breve (dos semanas), no se reportaron recaídas, lo que sugiere un posible mantenimiento de los beneficios terapéuticos iniciales. Sin embargo, se requieren evaluaciones longitudinales para confirmar esta estabilidad, como recomiendan otros autores en estudios de eficacia a largo plazo (Boelen et al., 2007).

En conclusión, este estudio aporta evidencia empírica sobre la utilidad de la TCC en el tratamiento del duelo complejo persistente, demostrando que una intervención breve y estructurada puede lograr una reducción significativa de los síntomas centrales del trastorno, en particular los relacionados con el dolor emocional y la evitación. Sin embargo, el efecto fue limitado o incluso opuesto en algunas distorsiones cognitivas específicas, lo que indica la necesidad de considerar factores contextuales, relaciones interpersonales y, posiblemente, creencias disfuncionales arraigadas.

Los hallazgos se alinean con investigaciones previas que respaldan la TCC como el tratamiento de elección para el duelo (Boelen et al., 2021; Julián & Hernández, 2022; Komischke et al., 2023) y al mismo tiempo, destaca la importancia de adaptar la intervención a las características individuales del cliente, considerando también el contexto cultural y el impacto de factores como las relaciones familiares.

Se recomienda, para futuras investigaciones, ampliar el tamaño de la muestra y realizar estudios controlados aleatorizados que permitan generalizar los resultados.

En resumen, este caso clínico demuestra que la intervención cognitivo-conductual, si bien efectiva en los síntomas centrales del duelo complejo persistente, requiere adaptaciones cuando se enfrenta a estructuras cognitivas rígidas y condiciones familiares complejas.

REFERENCES

- Aguinaga Arcos, S. N., & Pérez Mori, D. N. (2022). Duelo y el duelo complicado: Una revisión de la literatura científica en el tiempo. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 2(1), 197–204. <https://doi.org/10.46363/jnph.v2i1.4>
- DeAngelis, R. T., & Ellison, C. G. (2017). Kept in His Care: The Role of Perceived Divine Control in Positive Reappraisal Coping. *Religions*, 8(8), 133. <https://doi.org/10.3390/rel8080133>
- Duffy, M., & Wild, J. (2023). Living with loss: a cognitive approach to prolonged grief disorder – incorporating complicated, enduring and traumatic grief. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/s1352465822000674>
- INEGI. (2022). Mortalidad. *Demografía y sociedad*. <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement during the Coronavirus pandemic: Unprecedented challenges require novel interventions. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(4–5), 425–431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1771232>
- Ceberio, M. R. (2021). COVID-19: La muerte en soledad. Aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Ajayu*, 19(2), 248–268. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612021000200001
- Burrell, A., & Selman, L. E. (2020). How do funeral practices impact bereaved relatives' mental health, grief, and bereavement? A mixed methods review with implications for COVID-19. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 81(3), 251–285. <https://doi.org/10.1177/0030222820941296>
- Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2023). Mourning during Corona: A phenomenological study of grief experience among close relatives during COVID-19 pandemics. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 87(4), 1088–1108. <https://doi.org/10.1177/00302228211032736>
- Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I. M., Pakenham, K., & Fydrich, T. (2021). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy*

- Research, 31(3), 355–368.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080>
- Kürümlüoğlu, R., & Tanrıverdi, D. (2022). The effects of psychoeducation on cognitive distortions, negative automatic thoughts, and dysfunctional attitudes of patients diagnosed with depression. *Psychology, Health & Medicine*, 27(10), 2085–2095.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1944654>
- Linero, A. P. (2020). *Efectividad de la intervención en el sentimiento de culpa desde el enfoque cognitivo conductual aplicado a una paciente de 20 años en proceso de duelo* [Trabajo de grado no publicado, Universidad del Norte, División de Ciencias Sociales y Humanas].
- Martínez-Medina, C. B., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2023). Prolonged grief disorder treatment: An approach to COVID-19 grief. *Salud Mental*, 46(3), 165–175.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.021>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & 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>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2016). Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1287–1295.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Muñoz, M., Ausín, B., & Panadero, S. (2001). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* (2ª ed.). Editorial Pirámide.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief [Instrument manual]. Harvard Medical School, Center for Psychosocial Epidemiology and Outcomes Research.
- Limónero, J. T., & Maté Méndez, J. (2009). *Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado* [Manuscrito no publicado].
<https://www.researchgate.net/publication/234101905>
- Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)* [Manual]. Psychologists Press.
- García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C., & Gaminde, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 353–358.
<https://doi.org/10.1157/13074293>
- Ruiz, J. M., & Luján, J. (1991). *Inventario de pensamientos automáticos (IPA)* [Instrumento de evaluación psicológica no publicado].
- Naranjo, K. X. (2020). *Cualidades esenciales de análisis psicométrico del Inventario de Pensamientos Automáticos-Distorsiones Cognitivas de Ruiz y Luján en estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Paul Dirac de Quito, 2019–2020* [Tesis inédita de licenciatura, Universidad correspondiente].
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 615–623.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>
- Julian, L., & Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: Un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(2), e8. <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>
- Komischke-Konnerup, K. B., O'Connor, M., Hoijsink, H., & Boelen, P. A. (2023). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief reactions: Treatment protocol and preliminary findings from a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(2), 344–357.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.01.007>
- Levy Yeyati, E. (2022). Trastorno por duelo prolongado: Un nuevo diagnóstico en el DSM-5-TR. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 51–55.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>
- Levy Yeyati, E. (2018). *Emociones y soluciones: Terapia de activación emocional (EAT)*. Editorial Akadia.