

## **UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA PREVALENCIA DEL DUELO COMPLICADO EN VÍCTIMAS ADULTAS DEL TERRORISMO**

Jesús Sanz<sup>1</sup>, Beatriz Cobos, Rocío Fausor, Sara Liébana, José Manuel Sánchez-Marqueses, Adela Jiménez, Ana Sanz-García y María Paz García-Vera  
*Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica*  
*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

El objetivo principal de este estudio fue revisar de manera sistemática la literatura científica sobre la prevalencia de duelo complicado en las víctimas adultas de atentados terroristas. Una búsqueda en PsycINFO, MEDLINE, PTSDpubs y ProQuest Psychology Database identificó cinco estudios en los que, en conjunto, se habían evaluado 1.404 familiares o allegados de fallecidos en atentados terroristas. Los resultados obtenidos permiten estimar que la tasa de prevalencia del duelo complicado en las víctimas de atentados terroristas es del 42% varios años después del atentado y que este trastorno presenta una alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor en las víctimas del terrorismo. Estos resultados se discuten en el contexto de la investigación sobre la prevalencia del duelo complicado en distintos tipos de población y sobre las consecuencias psicopatológicas generales del terrorismo y de sus implicaciones para la práctica profesional en los ámbitos clínicos, legales y forenses. PALABRAS CLAVE: duelo complicado, prevalencia, víctimas, atentados terroristas, epidemiología.

### **Abstract**

The main objective of this study was to systematically review the scientific literature on the prevalence of complicated grief in adult victims of terrorist attacks. A search in PsycINFO, MEDLINE, PTSDpubs, and ProQuest Psychology Database identified five studies in which, altogether, 1,404 family members and close friends of those killed in terrorist attacks had been evaluated. The results obtained allow one to estimate that the average prevalence rate of complicated grief in victims of terrorist attacks is 42% several years after the attack and that this disorder presents a high comorbidity with post-traumatic stress disorder and major depressive disorder in victims of terrorism. These results are discussed in the context of research on the prevalence of complicated grief in different types of population and on the general psychopathological consequences of terrorism and its implications for professional practice in the clinical, legal, and forensic fields.

KEYWORDS: complicated grief, prevalence, victims, terrorist attacks, epidemiology.

### **Introducción**

En los últimos 20 años, la literatura científica sobre los problemas de salud mental causados por un atentado terrorista ha crecido de manera importante, lo que ha permitido la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas al respecto como, por ejemplo, la de García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la de DiMaggio, Galea y Li (2009)

---

Citar este artículo como: Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez-Marqueses, J. M., Jiménez, A., Sanz-García, A. y García-Vera, M. P. (2020). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20, 137-173.

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Prof. Dr. Jesús Sanz. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

*Correo electrónico:* [jsanz@psi.ucm.es](mailto:jsanz@psi.ucm.es)

*Fecha de recepción del artículo:* 30-06-2020

*Fecha de aceptación del artículo:* 03-09-2020

sobre el abuso de sustancias, las de García-Vera y Sanz (2010) y Gutiérrez Camacho (2016) sobre los trastornos depresivos y de ansiedad, la de Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) sobre el trastorno depresivo mayor y la de Sanz y García-Vera (2020) sobre todo tipo de trastornos mentales.

En concreto, en la revisión de García-Vera et al. (2016) sobre una muestra de 35 estudios que habían evaluado la presencia del TEPT con entrevistas diagnósticas validadas, se situaba la prevalencia del TEPT al año de los atentados en 33-39% en víctimas directas, mientras que en la población general de la comunidad afectada y en el personal de emergencias/rescate/asistencia/recuperación se situaba dicha prevalencia en cifras mucho más bajas, en 4% y 5-6%, respectivamente.

Aunque el TEPT es el trastorno mental más frecuente entre las víctimas del terrorismo y, por tanto, al que más atención ha prestado la comunidad científica, tras un atentado terrorista pueden aparecer una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables. La literatura empírica indica que, entre estos últimos, el más frecuente es el trastorno depresivo mayor (TDM). Por ejemplo, en la revisión realizada por Salguero et al. (2011) se estimó que el riesgo de sufrir un TDM entre las víctimas directas e indirectas del terrorismo era de 20-30% y 4-10%, respectivamente.

Una de las limitaciones que presenta la literatura científica actual sobre las consecuencias psicopatológicas que puede producir un atentado terrorista es que se ha centrado fundamentalmente en las víctimas directas, en la población general de la zona afectada y en el personal de emergencias, rescate, atención y recuperación, y ha prestado mucho menos atención a los familiares de los fallecidos o heridos en los atentados. Por ejemplo, en la revisión de García-Vera et al. (2016) sobre la prevalencia del TEPT en diferentes tipos de víctimas del terrorismo, se identificaron 15 estudios realizados con víctimas directas, 12 estudios con personas de la población general de la zona afectada y 11 estudios con personal de emergencias, rescate, atención y recuperación, pero tan solo seis estudios con familiares.

Una de las consecuencias lógicas de esta menor atención a las repercusiones psicopatológicas del terrorismo en los familiares de los fallecidos o heridos en los atentados es que la literatura científica actual apenas ha abordado la presencia de duelo complicado entre las víctimas del terrorismo en comparación a la presencia de otros trastornos psicológicos como el TEPT o el TDM, ya que ese síndrome o trastorno psicológico sería, por definición, más frecuente entre los familiares de los fallecidos que entre otros tipos de víctimas.

### *¿Qué hay en un nombre?: el galimatías del duelo complicado*

El duelo es una reacción natural al fallecimiento de un ser querido y, dada la inevitabilidad de la muerte y la inherente necesidad humana de formar vínculos afectivos estrechos con los demás, una reacción universal que experimentarán prácticamente todas las personas en algún momento o en varios momentos de su vida. Como bien señalaba Archer (1999, p. 5), «el duelo... es el coste que pagamos por ser capaz de amar de la forma en que lo hacemos». Desde un punto de vista evolutivo, Bowlby (1980/1997) proponía que el malestar psicológico que sentimos cuando nos separamos de una persona querida, sea cual sea el motivo, es generalmente útil porque motiva al individuo a buscar el reencuentro con esa persona. Sobre esta propuesta, Archer (1999, p. 5) argumentaba: «las respuestas emocionales y motivadoras que son esenciales para mantener la relación cuando la otra persona está viva (y que se sienten como amor) también operan cuando la persona amada ya no está aquí (y se sienten como duelo); es decir, es cuando, en términos funcionales, las respuestas se vuelven inútiles».

La reacción de duelo es fundamentalmente emocional y negativa, aunque implica también otras conductas psicológicas y fisiológicas. En este sentido apunta la definición de duelo de Stroebe, Hansson, Schut y Stroebe (2008, p. 5): «Aunque se entiende que el duelo es una reacción principalmente afectiva negativa, también incorpora diversas manifestaciones psicológicas (cognitivas, sociales-conductuales) y físicas (fisiológicas-somáticas)». Estas manifestaciones pueden ser muy diversas y varían

considerablemente de un individuo a otro, de una cultura a otra, e incluso en el propio individuo a lo largo del tiempo (y en la propia cultura a lo largo del tiempo). A pesar de esas enormes variaciones en las manifestaciones que se incluyen bajo el término de duelo, existen algunas variaciones que no se consideran normales, sino que se consideran anormales o patológicas en el sentido que estos dos adjetivos tienen en psicopatología (García-Vera y Sanz, 2016, pp. 20-28).

Hay una gran variedad de nombres para denominar las variaciones anormales o patológicas del duelo. Siguiendo a Stroebe, van Son, Stroebe, Kleber, Schut y van den Bout (2000), se podían citar, por ejemplo: duelo ausente (Deutsch, 1937), duelo anormal (Pasnau, Fawney y Fawney, 1987), duelo complicado (Sanders, 1989), duelo distorsionado (Brown y Stoudemire, 1983), duelo mórbido (Sireling, Cohen y Marks, 1988), duelo desadaptativo (Reeves y Boersma, 1990), duelo atípico (Jacobs y Douglas, 1979), duelo intensificado y duelo prolongado (Lieberman y Jacobs, 1987), duelo no resuelto (Zisook y DeVaul, 1985), duelo neurótico (Wahl, 1970), duelo disfuncional (Ryneerson, 1987) y la distinción frecuentemente utilizada entre duelo crónico, duelo retrasado y duelo inhibido (Lindemann, 1944; Parker y Weiss, 1983; Raphael, Middleton, Martinek y Misso, 1993). A estos nombres, habría que añadir los más recientes de duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000), trastorno de duelo prolongado (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2008; Prigerson et al., 2009; World Health Organization, 2018) y trastorno de duelo complejo persistente (American Psychiatric Association, 2013).

Sin embargo, este galimatías de nombres parece señalar, fundamentalmente, a un mismo fenómeno psicológico. Este fenómeno es la presencia de una reacción ante el fallecimiento de una persona querida cuyas manifestaciones psicológicas (emocionales, cognitivas, sociales-conductuales) y físicas (fisiológicas-somáticas) están asociadas a malestar, disfuncionalidad, limitación, incapacidad, irracionalidad y/o anormalidad estadística en un grado de intensidad, frecuencia y/o duración que no es comprensible en función del contexto en que se han producido dichas manifestaciones y no representan una respuesta culturalmente aceptada ante el fallecimiento de una persona querida. Es decir, sea cual sea la denominación, parece que la mayoría de las denominaciones anteriores tratan de indicar la presencia de una reacción ante el fallecimiento de una persona querida cuyas manifestaciones psicológicas y físicas pueden considerarse propiamente síntomas y signos psicopatológicos, un síndrome psicopatológico (conjunto de síntomas y signos que varían simultáneamente y tienden a aparecer con características similares en diversas personas) o incluso un trastorno psicológico (un síndrome para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración, gravedad, curso o historia natural y disfuncionalidad, y, además, se han descartado algunas posibles causas) (García-Vera y Sanz, 2016).

Este galimatías de nombres, aunque en mucho menor grado, también se aprecia al referirse incluso al duelo normal. Por ejemplo, en español, tradicionalmente se ha distinguido entre duelo y luto, reservándose el primer nombre para la reacción natural de una persona al fallecimiento de un ser querido y, especialmente, para su reacción emocional negativa de dolor, aflicción y pena, y utilizándose el segundo nombre para referirse a las demostraciones y signos exteriores de dicha reacción emocional negativa y, en general, para referirse a las formas culturales, frecuentemente religiosas, de expresar dicha reacción y a los rituales relacionados que cada cultura y religión tienen ante la muerte de una persona. Sin embargo, en muchos textos científicos y profesionales ambos términos se utilizan indistintamente, lo que puede dar lugar a cierta confusión conceptual. Esta utilización indistinta no debería sorprender, ya que, por ejemplo, los dos términos incluyen ambas deficiones en la última edición del diccionario de la Real Academia Española, aunque la primera acepción de cada término se corresponda con el significado tradicional. Así, en dicho diccionario, la palabra «duelo» incluye una primera acepción de «dolor, lástima, aflicción o sentimiento», pero otras dos acepciones de «demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien» y de «reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales», mientras que la palabra «luto» tiene una primera acepción de «signo exterior de pena y duelo en ropas,

adornos y otros objetos, por la muerte de una persona», una segunda acepción de «vestido negro que se usa por la muerte de alguien» y una quinta acepción de «paños y bayetas negras y otros aparatos fúnebres que se ponen en las casas de los difuntos mientras está el cuerpo presente, y en la iglesia durante las exequias», pero también una tercera acepción de «duelo, pena y aflicción» (Real Academia Española, 2017). En inglés, se suele distinguir entre *bereavement*, *grief* y *mourning*, siendo el primero un término que no tiene una traducción directa al español y que suele referirse «a la situación objetiva de haber perdido a alguien significativo por fallecimiento» (Stroebe et al., 2008, p. 4) o «el estado o el hecho de estar *bereaved* [de sufrir la muerte de un ser querido] o privado de algo o alguien» (Merriam-Webster, 2018), mientras que el término *grief* se puede traducir por «duelo», ya que se suele referir al «malestar profundo y doloroso causado por la muerte de un ser querido [*bereavement*] o por algo semejante» (Merriam-Webster, 2018) o a la «reacción principalmente emocional (afectiva) a la pérdida de un ser querido por fallecimiento» (Stroebe et al., 2008, p. 5), y el término *mourning* se puede traducir por luto, ya que se suele referir a «un signo exterior (como la ropa negra o un brazalete) de duelo [*grief*] por la muerte de una persona» o a «un período de tiempo durante el cual se muestran signos de duelo [*grief*]» (Merriam-Webster, 2018) o a la «manifestación pública de duelo [*grief*], la expresión social o los actos expresivos de duelo [*grief*] que son moldeados por las creencias y prácticas (a menudo religiosas) de una sociedad o grupo cultural dado» (Stroebe et al., 2008, p. 5). Sin embargo, en muchos textos científicos y profesionales en inglés los tres términos son utilizados de manera indistinta, provocando cierta confusión conceptual, ya que, además, a veces los propios conceptos son difíciles de distinguir, especialmente, los de duelo y luto (*mourning* y *grief*) (Rosenblatt, 2008; Stroebe et al., 2008).

En este trabajo se usará el nombre de «duelo complicado» en lugar de cualquiera de esas otras denominaciones que se han listado párrafos atrás por tres razones fundamentales. En primer lugar, porque en los estudios que se presentarán más adelante se utilizará de manera mayoritaria el Inventario de Duelo Complicado (IDC; Prigerson et al., 1995a) para la evaluación de los síntomas relacionados con el duelo. En segundo lugar, y más importante, porque la denominación de «prolongado» o «persistente» que aparece en las denominaciones más recientes (p. ej., «trastorno de duelo prolongado» [Prigerson et al., 2009; World Health Organization, 2018]; «trastorno de duelo complejo persistente» [American Psychiatric Association, 2013]) podría equiparar erróneamente la duración del duelo con su grado de patología, es decir, con otros indicadores de patología (p. ej., grado de interferencia o disfuncionalidad que provocan los síntomas, presencia de conductas muy infrecuentes, intensidad de los síntomas, duración diaria de los síntomas, frecuencia de los síntomas, etc.). Aun siendo un criterio importante, la duración del duelo no es el único criterio que permite distinguir lo normal de lo anormal o patológico, ya que de hecho puede haber casos en los que el duelo es prolongado o persistente, pero no es anormal o patológico (Shear et al., 2011). En la misma dirección, la denominación de «traumático», que también aparece en denominaciones relativamente recientes (p. ej., «duelo traumático» en Jacobs et al., 2000), podría equiparar erróneamente las condiciones en que se ha producido el fallecimiento del ser querido con el grado de patología del duelo. Si se entiende que un fallecimiento traumático es aquel que se produce de manera súbita, inesperada y, sobre todo, violenta como, por ejemplo, es el caso de las muertes producidas por desastres naturales, accidentes de transporte, suicidios o violencia criminal, incluida la violencia terrorista, es cierto que es más probable que el duelo tras un fallecimiento traumático sea patológico o anormal que el duelo resultante de un fallecimiento ocurrido en otras condiciones menos repentinas, súbitas y violentas y consideradas como «naturales» como, por ejemplo, por vejez o enfermedad (Kristensen, Weisæth y Heir, 2012; Lobb, Kristjanson, Aoun, Monterosso, Halkett y Davies, 2010; Nakajima, Ito, Shirai y Konishi, 2012). Sin embargo, las circunstancias del fallecimiento no constituyen un criterio que permita distinguir el duelo normal del anormal o patológico, ya que, de hecho, tras un fallecimiento traumático existe un porcentaje considerable de personas que no parecen desarrollar un duelo anormal o patológico y que se podría

estimar en un 54,6% a partir de los estudios revisados por Nakajima et al. (2012)<sup>2</sup>, o en un 36,3% a partir de los datos que se recogen más adelante en la tabla 4<sup>3</sup>. Por el contrario, entre las personas que pierden un ser querido tras una muerte no traumática, también las hay que sufren de duelo anormal o patológico, de manera que un metaanálisis muy reciente estimaba en un 9,8% el porcentaje de adultos no pertenecientes a poblaciones psiquiátricas que expuestos a un duelo no violento experimentan un duelo anormal o patológico (Lundorff et al., 2017). En tercer lugar, se prefiere la denominación «complicado» a «patológico», «anormal» o «mórbido» porque es un término menos negativo que estos tres últimos.

#### *Definición de duelo complicado como trastorno mental*

Aunque todos los términos anteriores parecen indicar, con matices, la misma idea de la existencia de un duelo anormal o patológico en el sentido que estos dos adjetivos tienen en psicopatología y, por ende, la existencia de un duelo en el que los beneficios de recibir ayuda profesional superan sus posibles perjuicios, en lo que existe cierta discrepancia es en los síntomas concretos que forman parte del duelo complicado, en la duración que deben tener dichos síntomas y en la mejor manera de medirlos.

En la tabla 1 se recogen los criterios más utilizados en la literatura científica para definir la presencia de duelo complicado entendido como un trastorno mental y que, listadas por su orden cronológico de publicación, se corresponden a las definiciones de trastorno de duelo complicado de Horowitz et al. (1997), de duelo traumático de Jacobs et al., (2000), de trastorno de duelo prolongado de Prigerson et al. (2008), de trastorno de duelo prolongado de Prigerson et al. (2009), de duelo complicado de Shear et al. (2011), de trastorno de duelo complejo persistente del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y de trastorno de duelo prolongado de la CIE-11 (World Health Organization, 2018).

Como se puede apreciar en la tabla 1, hay 10 síntomas comunes a prácticamente las seis definiciones de duelo complicado. Tales síntomas son:

- Anhelos/añoranza del fallecido.
- Preocupación persistente y recuerdos intrusivos sobre el fallecido.
- Evitación de los recuerdos o recordatorios del fallecido.
- Sentir que la vida está vacía o no tiene sentido sin el fallecido.
- Disminución del sentido del yo (p. ej., sentir que una parte de uno mismo ha muerto con el fallecido).
- Dificultad para aceptar la muerte o incredulidad o negación del fallecimiento.
- Dificultad para confiar en los demás.
- Amargura por la pérdida.
- Ira/rabia con la muerte.
- Dificultad en mantener los intereses que se tenían antes del fallecimiento (p. ej., la dificultad en mantener las actividades sociales).

---

<sup>2</sup> Porcentaje resultante de restar al 100% el porcentaje medio ponderado por el tamaño de la muestra obtenido a partir de los datos de prevalencia del duelo complicado tras muerte violenta de los estudios recogidos en la tabla 1 de Nakajima et al. (2012).

<sup>3</sup> Porcentaje resultante de restar al 100% la prevalencia media ponderada del duelo complicado que aparece en la tabla 4 del presente estudio para los estudios con adultos no psiquiátricos expuestos a una muerte por catástrofe y que utilizaron el IDC para medir el duelo complicado.

**Tabla 1.** Comparación de criterios diagnósticos en distintas definiciones de duelo complicado entendido como trastorno mental

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

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

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
				C.1. Rumiación frecuente y perturbadora sobre las circunstancias o las consecuencias de la muerte, p. ej., preocupaciones sobre cómo o por qué la persona murió, o sobre no poder arreglárselas sin su ser querido, o pensamientos de haber dejado caer a la persona fallecida, etc.	4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.	

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

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
	2. Sentimientos de futilidad o falta de propósito sobre el futuro.	C.1. Confusión sobre el papel de uno en la vida o sensación disminuida del yo (p. ej., sentir que una parte de uno mismo ha muerto).	1. Confusión sobre el propio papel en la vida o disminución del sentido del yo (p. ej., sentir que un parte de uno mismo ha muerto).		15. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).	
	3. Sensación subjetiva de aturdimiento, indiferencia o ausencia de respuesta emocional.	C.7. Entumecimiento emocional (ausencia de emoción) desde la pérdida.	7. Entumecimiento emocional (ausencia de emociones) tras la pérdida.		6. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación con la pérdida.	
	4. Sentirse anonadado, aturdido o conmocionado.	C.9. Sentirse anonadado, aturdido o conmocionado por la pérdida.	9. Sentirse aturdido, anonadado o conmocionado por la pérdida.	C.3. Sensación persistente de estar conmocionado, aturdido, anonadado o emocionalmente entumecido desde la muerte.		

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
	5. Dificultad para reconocer la muerte (p. ej., incredulidad).	C.2. Dificultad en aceptar la pérdida.	2. Dificultad para aceptar la pérdida.	C.2. Sentimiento recurrente de incredulidad o incapacidad para aceptar la muerte, como que la persona no puede creer o aceptar que su ser querido ha muerto realmente.	5. Importante dificultad para aceptar la muerte.	(... negación, dificultad en aceptar la muerte,...)
4. Sentimientos de estar demasiado solo o personalmente vacío.	6. Sentir que la vida está vacía o no tiene sentido.	C.8. Sentir que la vida no le llena, está vacía y no tiene sentido desde la pérdida.	8. Sentir que la vida no le llena, está vacía o no tiene sentido desde la pérdida.	B.2. Sentimientos intensos y frecuentes (...) de que la vida está vacía o no tienen sentido sin la persona que falleció.	14. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.	
	7. Dificultad en imaginarse una vida plena sin el fallecido.					

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
	8. Sentir que una parte de uno mismo ha muerto.	C.1. Confusión sobre el papel de uno en la vida o sensación disminuida del yo (p. ej., sentir que una parte de uno mismo ha muerto).	1. Confusión sobre el propio papel en la vida o disminución del sentido del yo (p. ej., sentir que un parte de uno mismo ha muerto).		15. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).	(... sentimiento de haber perdido una parte de uno mismo,...)
	9. Una visión del mundo destrozada (p. ej., pérdida de la sensación de seguridad, confianza o control).	C.4. Incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida.	4. Incapacidad para confiar en los demás desde la pérdida.	C.5. Dificultad persistente para confiar (...) en otras personas.	12. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.	
	10. Asumir síntomas o conductas perjudiciales de la persona fallecida o relacionadas con ella.			C.6. Experimentar frecuentemente dolor u otros síntomas que tenía la persona fallecida.		

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
	11. Excesiva irritabilidad, amargura o ira relacionada con la muerte.	C.5. Amargura e ira relacionadas con la pérdida.	5. Amargura o rabia relacionadas con la pérdida.	C.4. Sentimientos recurrentes de ira o amargura en relación con la muerte.	8. Amargura o rabia en relación con la pérdida.	(... ira,...)
7. Pérdida de interés en las actividades laborales, sociales, de cuidado o recreativas hasta un punto desadaptativo.		C.6. Dificultad en continuar con la vida (p. ej., hacer nuevos amigos, proseguir con los intereses).	6. Dificultad para seguir adelante con la propia vida (p. ej., hacer nuevos amigos, proseguir con los intereses)		16. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida	(... dificultad en participar en actividades sociales o de otro tipo)
					2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.	[2] un dolor emocional intenso (p. ej., tristeza,...)
					7. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.	
					9. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte (p. ej., autoinculparse).	(... remordimientos, culpa,...)

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
				B.4. Pensamientos recurrentes de que es injusto, sin sentido o insoportable tener que vivir cuando un ser querido ha muerto o un deseo recurrente de morir para encontrar o reunirse con el fallecido.	11. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.	
4. Sentimientos de estar demasiado solo o personalmente vacío.				B.2. Sentimientos intensos y frecuentes de soledad (...).	13. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.	
				C.5. Dificultad persistente para (...) preocuparse por otras personas o sentirse intensamente envidioso de otras personas que no han experimentado una pérdida similar.		
				C.6. (...) Escuchar la voz o ver a la persona fallecida.		

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
				C.7. Experimentar una reactividad emocional o fisiológica intensas a los recuerdos de la persona que falleció o a los recordatorios de la pérdida.		
6. Niveles inusuales de interferencia en el sueño.						
Duelo (pérdida de un esposo, otro familiar o pareja íntima) de al menos 14 meses (se evitan los 12 meses por la posible perturbación intensa de una reacción al aniversario).	C. La duración de la alteración [listado de síntomas] es de al menos 2 meses.	D. Duración de al menos 6 meses desde el inicio del malestar por separación.	D. Han transcurrido al menos 6 meses desde la pérdida.	D. La duración de los síntomas y el deterioro es de al menos 1 mes	B y C. Desde la muerte, los síntomas persisten durante al menos 12 meses.	La respuesta de duelo ha persistido durante un período anormalmente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo).

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

<b>Trastorno de duelo complicado</b> (Horowitz et al., 1997)	<b>Duelo traumático</b> (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2008)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (Prigerson et al., 2009)	<b>Duelo complicado</b> (Shear et al., 2011)	<b>Trastorno de duelo complejo persistente</b> (DSM-5; APA, 2013)	<b>Trastorno de duelo prolongado</b> (CIE-11; WHO, 2018)
				E. (...) el funcionamiento no se explica mejor como una respuesta culturalmente apropiada	E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad	La respuesta de duelo excede claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo

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

Sin embargo, frente a esos diez síntomas prácticamente comunes a todas las definiciones, en la tabla 1 también aparecen 11 síntomas que solo aparecen en una definición de duelo complicado: búsqueda de recordatorios del fallecido, reactividad emocional o fisiológica a los recuerdos o recordatorios del fallecido, sentimientos de futilidad o falta de propósito sobre el futuro, la creencia de que uno no puede funcionar sin el fallecido, la dificultad en imaginarse una vida plena sin el fallecido, la pérdida de la sensación de seguridad o control, la dificultad para recordar de manera positiva al fallecido, pensamientos de que es injusto, insoportable o que no tiene sentido tener que vivir cuando el ser querido ha muerto, sentir envidia de otras personas que no han sufrido una pérdida similar, escuchar la voz del fallecido, ver al fallecido y niveles inusuales de interferencia en el sueño.

Respecto a la duración de los síntomas, las diferencias entre las definiciones de duelo complicado que se recogen en la tabla 1 también son notables: desde un mes (Shear et al., 2011) o 2 meses (Jacobs et al., 2000) hasta los 12 meses (DSM-5) o 14 meses (Horowitz et al., 1997), siendo la duración más frecuente los 6 meses (Prigerson et al., 2008; Prigerson et al., 2009; CIE-11).

Finalmente, en relación con los instrumentos de medida de los síntomas de duelo complicado, existe también una gran diversidad de ellos en la literatura científica. Centrándose en los instrumentos de propósito general para todo tipo de fallecimiento, es decir, excluyendo los instrumentos específicos desarrollados para medir el duelo tras el fallecimiento del esposo/a (p. ej., el Grief Resolution Index de Remondet y Hansson, 1987; el Bereavement Phenomenology Questionnaire de Byrne y Raphael, 1994), los hermanos (p. ej., el Hogan Sibling Inventory of Bereavement de Hogan y Greenfield, 1991) o un familiar con enfermedad de Alzheimer (p. ej., el Marwitt-Meuser Caregiver-Grief Inventory de Marwitt y Meuser, 2002; la Anticipatory Grief Scale de Theut et al., 1991) y los instrumentos diseñados específicamente para medir el duelo tras un fallecimiento repentino (p. ej., la Grief Reaction Measure de Vargas et al., 1989), por suicidio (p. ej., el Grief Experience Questionnaire de Barrett y Scott, 1989) o perinatal (p. ej., la Perinatal Bereavement Scale de Theut et al., 1989; la Perinatal Grief Scale de Toedter et al., 1988), las revisiones de instrumentos de medida del duelo realizadas por Neimeyer, Hogan y Laurie (2008) y Tomita y Kitamura (2002) recogen 12 instrumentos, algunos de ellos versiones revisadas, ampliadas o abreviadas de otros. En concreto, esos 12 instrumentos son el Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995a), el Inventory of Complicated Grief Revised (Prigerson et al., 2001), el Inventory of Traumatic Grief (Prigerson et al., 2001), el Texas Inventory of Grief (Faschingbauer et al., 1977), el Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer, 1981), el Expanded Texas Inventory of Grief (Zisook et al., 1982), el Grief Experience Inventory (Sanders et al., 1985), el Hogan Grief Reaction Checklist (Hogan et al., 1981), el Core Bereavement Items (Burnett et al., 1997), la Grief Measurement Scale (Jacobs et al., 1986a,b; Prigerson et al., 1995b), la Grief Evaluation Measure (Jordan et al., 2005) y el Present Feeling about Loss (Singh y Raphael, 1981).

Sin embargo, todos esos instrumentos no han sido igualmente utilizados en la literatura científica. Una búsqueda realizada el 18 de abril de 2018 en la base de datos bibliográfica PsycINFO con los nombres de los instrumentos en el campo de “pruebas y medidas” ofreció datos muy dispares sobre el número de trabajos publicados que utilizaron o versaron sobre los instrumentos. Estos datos aparecen en la tabla 2 y, como se puede apreciar en dicha tabla, el Inventory of Complicated Grief o Inventario de Duelo Complicado (o ICG o IDC por sus siglas en inglés y español, respectivamente) es con diferencia el instrumento más utilizado o citado en la literatura científica.

Quizá, uno de los motivos para la popularidad del IDC reside en el hecho de que cubre un número razonable de los criterios sintomáticos de las principales definiciones de duelo complicado entendido como trastorno mental, sobre todo de los más consensuados (p. ej., anhelo/añoranza del fallecido, preocupación persistente/recuerdos intrusivos sobre el fallecido, evitación de los recuerdos o recordatorios del fallecido, sentir que la vida está vacía o no tiene sentido sin el fallecido, dificultad para

aceptar la muerte o incredulidad o negación del fallecimiento, dificultad para confiar en los demás, amargura por la pérdida e ira/rabia con la muerte).

### *Objetivos del presente trabajo*

Teniendo en cuenta este contexto teórico, el principal objetivo del presente estudio fue revisar la literatura científica sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas de atentados terroristas, con la convicción de que cualquier estrategia o plan de atención a la salud mental dirigido a las víctimas del terrorismo debería estimar el número de personas que puede verse afectado por un atentado terrorista y con la convicción de que cualquier peritaje psicológico forense debería también tener en cuenta la probabilidad de desarrollar duelo complicado a la hora de evaluar las víctimas directas o indirectas de un atentado terrorista. En este sentido, este trabajo es, que se sepa, el primer estudio que revisa de manera sistemática dicha cuestión.

**Tabla 2.** Número de publicaciones recogidas en PsycINFO que han utilizado o citado los distintos instrumentos generales para evaluar el duelo complicado

Instrumento	Nº de publicaciones
Inventory of Complicated Grief	386
- Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995a)	246
- Inventory of Complicated Grief Revised (Prigerson et al., 2001)	112
- Inventory of Traumatic Grief (Prigerson et al., 2001)	30 <sup>a</sup>
Texas Revised Inventory of Grief	148
- Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer, 1981)	126
- Texas Inventory of Grief (Faschingbauer et al., 1977)	17
- Expanded Texas Inventory of Grief (Zisook et al., 1982)	5
Grief Experience Inventory (Sanders et al., 1985)	106
Hogan Grief Reaction Checklist (Hogan et al., 1981)	101
Core Bereavement Items (Burnett et al., 1997)	24
Grief Measurement Scale (Jacobs et al., 1986a,b; Prigerson et al., 1995b) <sup>b</sup>	5
Grief Evaluation Measure (Jordan et al., 2005)	4
Present Feeling about Loss (Singh y Raphael, 1981)	0

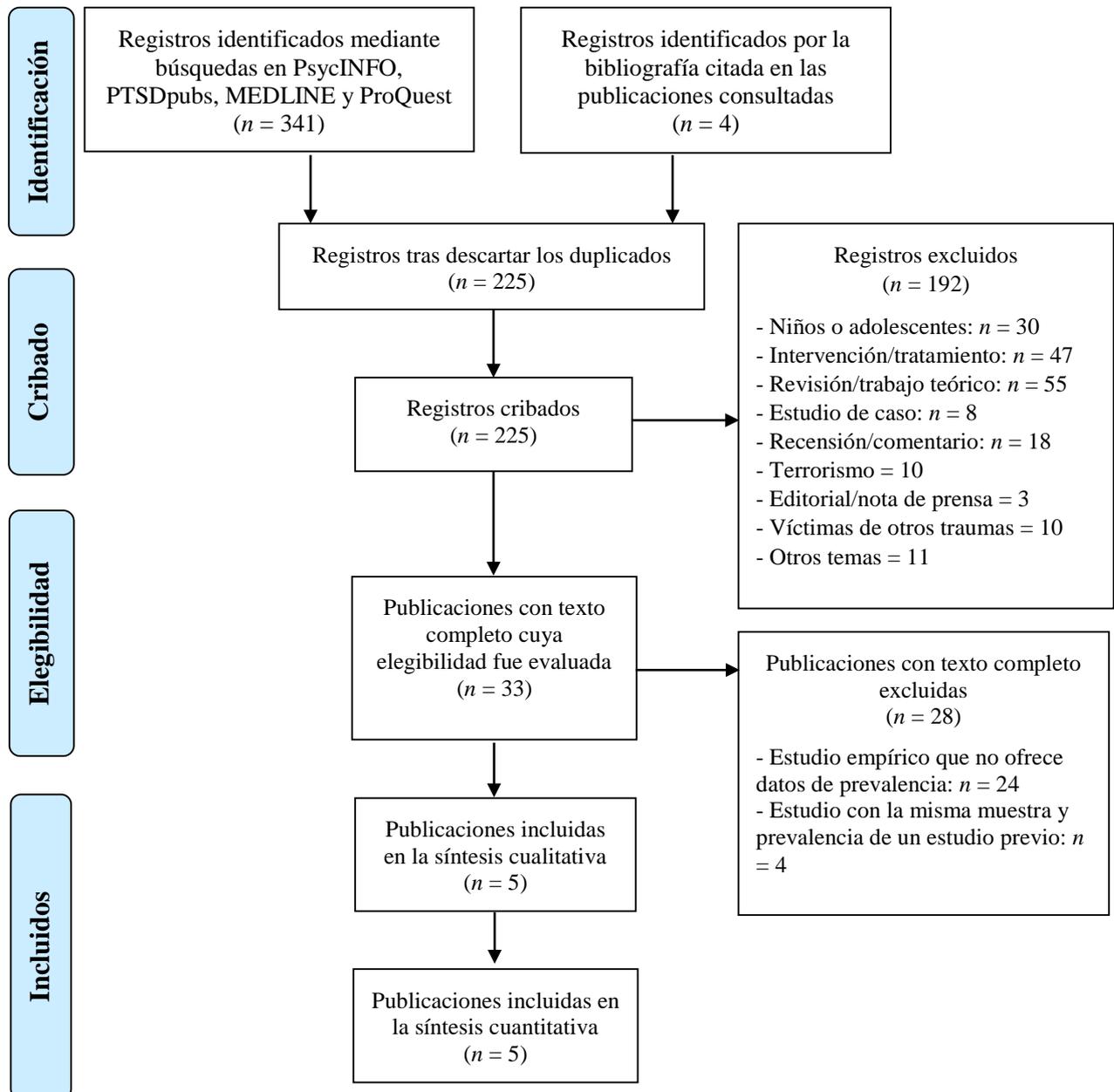
*Nota.* <sup>a</sup>En dos trabajos se mencionaban tanto el Inventory of Complicated Grief como el Inventory of Traumatic Grief, por lo que la suma de las cifras desglosadas por versiones del instrumento es 388 trabajos en lugar de los 386 trabajos que se obtienen al buscar a la vez las tres versiones. <sup>b</sup>Este es el único instrumento de la tabla que es una entrevista estructurada en lugar de un inventario, escala o cuestionario.

## **Método**

### *Identificación de publicaciones*

Para encontrar estudios relevantes a los objetivos del presente trabajo se realizaron, el 16 de abril de 2020, búsquedas bibliográficas en PsycINFO, MEDLINE, PTSDpubs y ProQuest Psychology Database. Las búsquedas se realizaron mediante las siguientes palabras en los campos de resumen o

título del trabajo de las bases de datos: *grief* o *bereavement* o *mourning*, combinadas con *terrorist* o *terrorism*.



**Figura 1.** Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los estudios sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo

Las búsquedas anteriores permitieron identificar 341 publicaciones y, tras descartar los duplicados que aparecían en dos o más bases de datos bibliográficas y añadir cuatro publicaciones diferentes identificadas tras consultar la bibliografía citada en los estudios consultados, se obtuvieron 225 publicaciones. En la figura 1 se presenta, de manera resumida y utilizando el diagrama de flujo propuesto por el grupo PRISMA para la publicación de las revisiones sistemáticas de la literatura científica (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y Prisma Group, 2009), el proceso seguido de búsqueda, cribado y selección de los estudios sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas del terrorismo.

#### *Cribado de las publicaciones*

En función de los objetivos del presente trabajo y sobre la base de la lectura de sus títulos, datos bibliográficos básicos y resúmenes, se cribaron las 224 publicaciones inicialmente encontradas en función de si cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) informa de un estudio empírico que ofrece datos de prevalencia del duelo complicado; 2) el estudio se realizó con muestras de adultos víctimas directas o indirectas del terrorismo que han perdido un familiar en un atentado terrorista, y 3) se describe el procedimiento utilizado para definir y evaluar el duelo complicado.

Por tanto, y tal y como se muestra en la figura 1, se excluyeron las publicaciones que informaban de estudios sobre niños o adolescentes (30 publicaciones), intervenciones o tratamientos (47 publicaciones), el terrorismo (10 publicaciones), víctimas de otras situaciones traumáticas (10 publicaciones) u otros temas (11 publicaciones), que informaban de estudios teóricos o de revisión de la literatura (55 publicaciones) o de caso (8 publicaciones), que reseñaban otros trabajos científicos (recensiones) o presentaban comentarios sobre otros estudios (18 publicaciones) o que eran editoriales o notas de prensa (tres publicaciones). Tras estas exclusiones, la muestra de publicaciones quedó reducida a 33.

#### *Elegibilidad de los estudios*

De las 33 publicaciones resultantes de la fase de cribado, se obtuvo su texto completo y, en función de su lectura, se volvieron a evaluar esas publicaciones en cuanto al cumplimiento de los criterios de inclusión. Tal y como refleja dicha figura 1, en esta fase se excluyeron 24 publicaciones que, aunque informaban de estudios empíricos, no ofrecían datos sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas de atentados. También se excluyeron cuatro estudios realizados con las mismas muestras de adultos víctimas del terrorismo que participaron en estudios publicados previamente (Bonanno et al., 2007; Kristensen, Dyregrov, Dyregrov y Heir, 2016; Seirmarco, 2007; Seirmarco et al., 2012).

#### *Estudios incluidos en la revisión*

Finalmente, tras el proceso de cribado y elegibilidad de las publicaciones inicialmente identificadas, en la presente revisión sistemática se incluyeron cinco publicaciones que informaban de cinco estudios (Cozza et al., 2019; Donahue, Jackson, Shear, Felton y Essock, 2006; Dyregrov, Dyregrov y Kristensen, 2015; Neria et al., 2007; Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006).

## **Resultados**

Las principales características y resultados de los cinco estudios localizados en esta revisión se resumen en la tabla 3. Como se puede observar en dicha tabla, la mayoría de los estudios se han realizado

con víctimas de los atentados del 11-S (cuatro estudios: 80% del total de estudios), mientras que el estudio restante se realizó con víctimas del atentado de la isla de Utøya, en Noruega, en 2011. En tres de los cinco estudios revisados (60%; todos ellos sobre los atentados del 11-S) se utilizaron entrevistas telefónicas o cuestionarios por internet muy breves (5 o 9 ítems), con escasa o nula información psicométrica sobre su fiabilidad y validez y con puntuaciones o algoritmos de corte para definir el duelo complicado no fundamentados psicométricamente, mientras que en los dos estudios restantes (40%; el del atentado de la isla de Utøya y uno de los de los atentados del 11-S) se utilizó el IDC, un instrumento de 19 ítems con buenos índices de fiabilidad y validez y con una puntuación de corte validada psicométricamente (Prigerson et al., 1995a). En dos de los cinco estudios (40%) se evaluó la presencia de duelo complicado a los 18 meses del fallecimiento del ser querido, mientras que en otros dos estudios (40%) se hizo aproximadamente entre los 2 años y los 3,5 años tras el fallecimiento y en el estudio restante (20%) se evaluó el duelo complicado a los 15 años.

**Tabla 3.** Principales características y resultados de los estudios que han examinado la prevalencia del duelo complicado (DC) en víctimas del terrorismo

Trabajo	Muestra	Instrumento	Definición de DC	Tiempo desde la muerte	Resultados
Shear et al. (2006)	70 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York y que habían recibido consejo psicológico breve tras los atentados	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999)	Total en los 5 ítems (rango posible 0-10) = 5-7 (DC subclínico) o 8-10 (DC clínico)	18 meses	44% tenían DC (21% DC subclínico y 23% DC clínico). 14,3% tenían solo DC, 18,6% tenían DC, TEPT y TDM, 5,7% tenían DC y TEPT, 5,7% tenían DC y TDM y 35,7% no tenían ningún trastorno. <sup>a</sup> Entre los que tenían DC, 54,8% tenían TDM, 54,8% tenían TEPT, 67,7% algunos de los dos trastornos y 41,9% los dos trastornos.
Neria et al. (2007)	704 familiares, amigos o colegas de los fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York o Washington	Cuestionario por internet basado en los 9 criterios diagnósticos de Prigerson y Jacobs (2001; Prigerson, 2004)	5 de los 9 criterios con puntuaciones (1-5) de 4 o 5 (“a menudo” o “siempre”)	2,5-3,5 años	43% tenían DC. Entre los que tenían DC, 36% tenían TDM, 43% TEPT, 51% alguno de los dos trastornos, 34,9% ideación suicida y, tras los atentados, 73,8% habían recibido psicoterapia para el duelo y 39,1% psicofármacos (vs. 63,2% y 16,3% entre los que no tenían DC). <sup>a</sup> Del total, 21,3% tenían solo DC, 21,9% tenían DC y TEPT o TDM y 51,1% no tenían ningún trastorno.

Trabajo	Muestra	Instrumento	Definición de DC	Tiempo desde la muerte	Resultados
Donahue et al. (2006)	73 familiares, amigos o conocidos de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York y que habían recibido consejo psicológico intensivo tras los atentados	Entrevista telefónica con 5 ítems basados en 5 criterios diagnósticos de Horowitz et al. (1997) y Prigerson et al. (1999)	Total en los 5 ítems (rango posible 0-10) = 5-7 (DC subclínico) o 8-10 (DC clínico)	24-30 meses	38% tenían DC (12% DC subclínico y 26% DC clínico).
Dyregrov et al. (2015)	103 familiares (65% padres y 35% hermanos) de fallecidos en el atentado de la isla de Utøya (Noruega) de 2011	Inventario de Duelo Complicado (IDC) por correo o internet	Puntuación total en el IDC > 25	18 meses	95%, 63%, 82% y 50% de las madres, padres, hermanas y hermanos tenían DC. El 78,6% de los familiares tenían DC, sin diferencias entre padres y hermanos (80,6% vs. 75%). Con IDC > 30, 72% de los familiares tenían DC.
Cozza et al. (2019)	454 familiares adultos (padres, esposos, hermanos, hijos) de fallecidos en los atentados del 11-S de 2001 en Nueva York, Washington o en el vuelo UA93	Inventario de Duelo Complicado (IDC) por internet	Puntuación total en el IDC > 30	15 años	34,4% tenían DC (resultante de multiplicar, por el número de participantes de cada grupo, la probabilidad de obtener una puntuación de IDC > 30 en los tres grupos creados, de sumar los participantes obtenidos y de calcular el porcentaje sobre el total)
<b>Prevalencia ponderada de duelo complicado (N = 1.404):</b>					<b>42,6% (42,1%)<sup>b</sup></b>

Nota. <sup>a</sup>Calculado a partir de los datos de las figuras o tablas del artículo. <sup>b</sup>Calculado teniendo en cuenta el portcentaje de DC obtenido por Dyregrov et al. (2015; Kristensen et al., 2016) utilizando una puntuación > 30 en el IDC para definir el DC.

Con la tasa de prevalencia del duelo complicado que se encontró en cada uno de los cinco estudios revisados, se calculó la prevalencia media ponderada por el número de participantes de cada uno de esos estudios. Como puede observarse en la tabla 3, la prevalencia del duelo complicado en los familiares y allegados de personas fallecidas en atentados terroristas osciló entre 34,4% y 78,6%, siendo la media ponderada, calculada a partir de una muestra total de 1.404 familiares y allegados, de 42,6%. Esta prevalencia media no varió mucho cuando en uno de los estudios (Dyregrov et al., 2015) se utilizó la puntuación de corte habitual del IDC para definir el duelo complicado (puntuación > 30), en lugar de la puntuación preferida por los autores del estudio (puntuación > 25), ya que dicha prevalencia media fue de 42,1% en lugar de 42,6%.

Entre los resultados encontrados por algunos de los estudios revisados en el presente trabajo (véase la tabla 3), están también los relacionados con la comorbilidad del duelo complicado con otros trastornos psicológicos, en concreto, con el TEPT y/o el TDM. Entre los familiares y allegados de los fallecidos en los atentados del 11-S que sufrían duelo complicado, entre el 51 y el 67,7% tenían además TEPT o TDM (Neria et al., 2007; Shear et al., 2006). Sin embargo, el resto de familiares y allegados con duelo complicado, es decir, entre el 49% y el 36,3% de los que sufrían duelo complicado, únicamente sufrían este síndrome o trastorno, lo que supone que entre el 14,3% y el 21,3% de todos los familiares y allegados de los fallecidos sufren únicamente duelo complicado.

## **Discusión**

El principal objetivo del presente estudio era revisar la literatura científica sobre la prevalencia del duelo complicado en las víctimas del terrorismo. A tenor de los resultados encontrados, una primera conclusión que se puede extraer es que, hasta la fecha, se ha realizado muy poca investigación sobre este tema, ya que tan solo se han encontrado cinco estudios que ofrezcan datos de prevalencia del duelo complicado entre los familiares y allegados de personas fallecidas en atentados terroristas. Cuando se compara esta cifra con el número de estudios realizados sobre la prevalencia del TEPT (35 estudios en la revisión de García-Vera et al., 2016) o sobre la prevalencia del TDM (12 y 26 estudios en las revisiones de García-Vera y Sanz, 2010, y Gutiérrez Camacho, 2016, respectivamente), se puede confirmar la poca atención que hasta ahora se ha prestado al duelo complicado como una de las posibles consecuencias psicopatológicas producidas por un atentado terrorista y la necesidad de que se realicen nuevos estudios al respecto, y, a su vez, se puede confirmar que la literatura científica sobre dichas consecuencias sigue principalmente centrada, quizá de manera excesiva, sobre dos trastornos mentales: el TEPT y el TDM (véase también Sanz y García-Vera, 2020).

Con las limitaciones de los pocos estudios publicados al respecto, a partir de los resultados de la presente revisión se puede estimar que la prevalencia del duelo complicado en los familiares y allegados de personas fallecidas en atentados terroristas es aproximadamente del 42,6% varios años después del atentado.

Esta última cifra ya es informativa por sí misma y se antoja muy elevada, ya que sugiere que prácticamente una de cada dos personas que han perdido una persona significativa en un atentado terrorista sufren duelo complicado varios años después del atentado. Sin embargo, para que sea más informativa sería conveniente ponerla en el contexto de la prevalencia del duelo complicado entre las personas que han perdido un ser querido por una muerte no violenta o por otro tipo de muerte traumática.

En la tabla 4 se presentan los resultados de un reciente metaanálisis que, a partir de los resultados de 14 estudios, analizaba la prevalencia del duelo complicado en muestras de adultos no pertenecientes a población psiquiátrica y que habían experimentado una muerte no traumática de una persona significativa (Lundorff et al., 2017). La prevalencia del duelo complicado en esa población se estimó en un 9,8%, si bien en los estudios que habían utilizado el IDC para medir el duelo complicado dicha

prevalencia se elevaba al 20,5%. Puesto que ese metaanálisis tan solo incluía tres estudios que hubiesen utilizado el IDC, en la tabla 4 también se han recogido las principales características y resultados de los estudios que se han encontrado tras realizar una búsqueda en PsycINFO, MEDLINE y PILOTS en 2018 con los términos *prevalence* y (*complicated grief* o *prolonged grief* o *traumatic grief* o *pathological grief* o *persistent complex bereavement disorder*) e (*Inventory of Complicated Grief* o *ICG* o *IDC*) en cualquier campo y tras seleccionar aquellos que habían evaluado, mediante el IDC, la prevalencia del duelo complicado en población adulta, no psiquiátrica, expuesta a un duelo no violento o expuesta a un duelo por catástrofes de todo tipo (naturales o debidas a la mano del hombre). De los 49 trabajos resultantes de la búsqueda, 11 cumplían las condiciones, cinco de los cuales correspondían a muertes no violentas y seis a muertes por catástrofes, a los que habría que añadir otros cinco trabajos (cuatro y uno, respectivamente) que fueron localizados tras consultar las referencias bibliográficas de los trabajos inicialmente localizados.

Los nueve estudios de la tabla 4 que han examinado la prevalencia del duelo complicado con el IDC en muestras de adultos no psiquiátricos que han experimentado un duelo no violento permiten estimar que en esta población dicha prevalencia es aproximadamente del 25,6%. Puesto que entre esos nueve estudios hay tres que evaluaron a familiares cuyos seres queridos murieron en la UCI, situación muy específica y dolorosa que podría agravar el duelo, se estimó también la prevalencia del duelo complicado prescindiendo de esos tres estudios, de manera que, en este caso, dicha prevalencia fue de 21,7%, cifra que es muy semejante a la que obtuvieron Lundorff et al. (2017) en su meta-análisis cuando también solo analizó los estudios que habían utilizado el IDC (20,5%).

Respecto a los estudios de la tabla 4 que han analizado la prevalencia del duelo complicado con el IDC en muestras de adultos no psiquiátricos que han sufrido el fallecimiento de un ser querido por una catástrofe, sus resultados permiten estimar que en esa población dicha prevalencia es del 63,3%, aproximadamente tres veces mayor que la obtenida en la población que ha sufrido un duelo no violento (63,3% frente a 20,5-25,6%).

**Tabla 4.** Prevalencia del duelo complicado en adultos no pertenecientes a población psiquiátrica que ha sido expuesta a un duelo no violento o a un duelo por catástrofe

Trabajo	Muestra	Instrumento	Definición	Tiempo	Resultados
<b>Metaanálisis de estudios con adultos, no psiquiátricos, expuestos a un duelo no violento</b>					
Lundorff et al. (2017)	14 estudios de adultos, no psiquiátricos, expuestos a un duelo no violento ( $N = 8.035$ )	IDC (3), IDC-R (3), BGQ (3), PG-13 (3), BPQ (1) y CBI (1)	Puntuación en instrumento > puntuación de corte + $\geq 6$ meses desde el fallecimiento	$M = 40,8$ meses <sup>a</sup>	<b>9,8%</b> con DC (95% CI: 6,8–14,0). <b>20,5%</b> con DC en estudios que utilizaron el IDC
<b>Estudios con adultos, no psiquiátricos, expuestos a un duelo no violento y que utilizaron el IDC</b>					
Kim et al. (2017)	137 familiares que cuidaron de fallecidos por cáncer en EE. UU.	IDC	IDC > 25	Entre 0,55 y 4,96 años ( $M = 2,87$ )	24,1% con DC (IDC: $M = 17,09$ ; $DT = 12,69$ )
Li y Prigerson (2016)	1.358 adultos de China que habían perdido un familiar de 1º grado	IDC	1 de los 3 síntomas de malestar de separación (ítems 2, 4 o 5 $\geq 3$ ) + 5 de los 6 síntomas cognitivos, emocionales o conductuales (ítems 3-7, 12, 6-17, 8, 9 o 13 $\geq 3$ ) + 1 de los 2 síntomas de deterioro (ítems 1 o 10 $\geq 3$ ) + $\geq 6$ meses desde el fallecimiento	Entre 1 y 117 meses ( $M = 25,96$ )	11,3% con DC (13,9% sobre dolientes en los que había pasado > 6 meses desde el fallecimiento)
Newson et al. (2011)	1.089 adultos de Holanda de 55 años o más que estaban experimentando duelo	IDC de 17 ítems	IDC de 17 ítems $\geq 22$ ( $\approx$ IDC > 25) + > 6 meses desde el fallecimiento	$M = 5,49$ ( $DT = 8,8$ ) y $6,73$ ( $DT = 9,52$ ) meses para personas con DN y DC, respectivamente.	25,4% con DC
Castro Rocha (2013)	190 adultos de Portugal que habían experimentado la pérdida de al menos un ser querido en su vida	IDC	IDC > 25	Sin datos	34,2% con DC <sup>a</sup>

Trabajo	Muestra	Instrumento	Definición	Tiempo	Resultados
Masferrer et al. (2017)	100 adultos de España que habían experimentado la pérdida de un ser querido en su vida hacía al menos 1 año	IDC	IDC > 25	$M = 13,1$ años <sup>a</sup>	5% con DC
De Montgolfier (2013)	244 adultos de Francia que habían perdido un familiar (64,3% su cónyuge o pareja, 21,3% su madre o padre, 11,1% su hijo) en su mayoría de forma no violenta (solo 6,6% de duelo violento)	IDC	IDC > 25	Entre 6 y 24 meses ( $M = 14,5$ )	59,7% con DC (IDC: $M = 30$ ; $DT = 15$ )
Kentish-Barnes et al. (2015)	282 adultos de Francia que habían perdido un familiar en la UCI (75,6% eran esposos/parejas o hijos del fallecido)	IDC	IDC > 25	6 y 12 meses	52,1% y 53% con DC (medianas de IDC: 27 y 26) a los 6 y 12 meses, respectivamente (sin diferencias significativas). A los 6 meses, 70,7% de los dolientes con DC también sufrían TEPT según una puntuación en el IES-R > 32
Kentish-Barnes et al. (2017)	190 adultos de Francia que habían perdido un familiar en la UCI (75,6% eran esposos/parejas o hijos del fallecido)	IDC	IDC $\geq$ 25	6 meses	32,6% con DC <sup>a</sup>
Kentish-Barnes et al. (2018)	117 adultos de Francia que habían perdido un familiar en la UCI por muerte cerebral (77% eran esposos/parejas o hijos del fallecido)	IDC	IDC > 25	9 meses	53% con DC <sup>a</sup>

Trabajo	Muestra	Instrumento	Definición	Tiempo	Resultados
<b>Prevalencia ponderada de DC</b>					<b>25,6%</b>
<b>Estudios con adultos, no psiquiátricos, expuestos a un duelo por catástrofe y que utilizaron el IDC</b>					
Ghaffari-Nejad et al. (2007)	400 supervivientes de entre 15 y 70 años ( $M = 37,8$ años) del terremoto de Bam (Irán) de 26/12/2003 que habían perdido al menos un ser querido	IDC	$IDC \geq 25$	Meses después	76% con DC (91% en mujeres y 62,6% en mujeres)
Tsutsui et al. (2014)	82 empleados de un hospital supervivientes del terremoto y tsunami de Japón oriental de 11/03/2011 que habían perdido uno o más familiares o allegados	IDC	$IDC > 25$	8 meses	9,8% con DC ( $M = 10,5$ ; $DT = 10,1$ )
Huh et al. (2017)	84 madres y padres de adolescentes fallecidos en el naufragio del transbordador Sewol en Corea del Sur de 16/04/2014	IDC	$IDC \geq 25$	18 meses	94% con DC ( $M = 52,24$ ; $DT = 14,40$ )
Li et al. (2015)	803 adultos supervivientes del terremoto de Sichuan (China) de 12/05/2008, que habían perdido un hijo (33,4%), esposo (21,3%), otro familiar (79%) o un amigo (98,4%)	IDC	$IDC \geq 25$	12-13 meses	71,1% con DC (38,9% de ellos también con TEPT según una puntuación en la $PCL \geq 44$ )

Trabajo	Muestra	Instrumento	Definición	Tiempo	Resultados
Cardoso et al. (2017)	20 familiares de 1º grado de fallecidos en el derrumbre del puente Hintze Ribeiro sobre el río Duero, entre Castelo de Paiva y Entre-os-Rios (Portugal), de 04/03/2001, y que no pudieron recuperar el cuerpo de al menos un fallecido	IDC	IDC $\geq 30$	10 años	90% con DC ( $M = 48$ ; $DT = 14,19$ )
Kristensen et al. (2009)	111 familiares noruegos de 1º grado de fallecidos en el tsunami del océano Índico de 26/12/2004, 28,8% ( $n = 32$ ) eran también víctimas directas (supervivientes del tsunami) y el resto ( $n = 79$ ) solo indirectas	IDC	1 de los 3 síntomas de malestar de separación (ítems 2, 4 o 19 $\geq 3$ ) + 4 de los 8 síntomas cognitivos, emocionales o conductuales (ítems 3, 7, 12, 6, 17, 8, 9 o 13 $\geq 3$ ) + 1 de los 2 síntomas de deterioro (ítems 1 o 10 $\geq 3$ ) + $\geq 6$ meses desde el fallecimiento	26 meses	16,2% con DC (23,3% en las víctimas directas y 14,3% en las indirectas), de las cuales 1/3 no cumplían criterios para TEPT o TDM
Kristensen et al. (2015)	94 familiares noruegos de 1º grado de fallecidos en el tsunami del océano Índico de 26/12/2004, 29,8% ( $n = 28$ ) eran también víctimas directas (supervivientes del tsunami) y el resto ( $n = 66$ ) solo indirectas	IDC	1 de los 3 síntomas de malestar de separación (ítems 2, 4-5 o 19 $\geq 3$ ) + 4 de los 8 síntomas cognitivos, emocionales o conductuales (ítems 3, 7, 12, 6, 17, 8, 9 o 13 $\geq 3$ ) + 1 de los 2 síntomas de deterioro (ítems 1 o 10 $\geq 3$ ) + $\geq 6$ meses desde el fallecimiento	6 años	11,7% con DC (17,9% en las víctimas directas y 9,1% en las indirectas), sin descenso significativo frente a 14,9% a los 2 años (Kristensen et al., 2009)
<b>Prevalencia ponderada de DC</b>					<b>63,3%</b>

Nota. <sup>a</sup>Calculado a partir de los datos de las tablas del artículo.

En este contexto, la prevalencia del duelo complicado en víctimas de atentados terroristas duplica, aproximadamente, a la de las personas que han sufrido duelos no violentos (42,6% frente a 20,5-25,6%), pero es sensiblemente más baja que la estimada para las víctimas de catástrofes (42,6% frente a 63,3%). Este último resultado es sorprendente dado que los atentados terroristas reúnen todas las características que se han encontrado que predicen mayores niveles y más duraderos de psicopatología tras la muerte de un ser querido: muerte violenta, culpar a otros del fallecimiento, la asociación de amenaza a la propia vida y de fallecimiento de un ser querido (aunque esto no siempre afecta al duelo complicado), la espera para la confirmación de la muerte o la no recuperación del cuerpo del fallecido, etc. (Kristensen et al., 2012). No obstante, dada la escasa literatura científica sobre el duelo complicado en víctimas del terrorismo, sería más prudente esperar a nuevos resultados antes de entrar en ninguna especulación sobre las razones de esa diferencia sorprendente. De hecho, este resultado abunda en la necesidad de realizar nuevas investigaciones sobre la presencia del duelo complicado en los familiares de los fallecidos en atentados terroristas.

Como cabría esperar del impacto que tuvieron los atentados del 11-S en la proliferación de estudios sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas (Sanz y García-Vera, 2020), la inmensa mayoría de los estudios realizados sobre la prevalencia del duelo complicado se han realizado con las víctimas de los atentados del 11-S en EE. UU. Sería necesario que la futura investigación se centrara también en el duelo complicado provocado por los atentados terroristas cometidos en los países en los cuales el terrorismo realiza un mayor número de atentados y provoca un mayor número de víctimas mortales, heridas, secuestradas o tomadas como rehenes como, por ejemplo, Irak, Afganistán, India, Paquistán, Filipinas y otros países del Oriente Medio-África del Norte, de Asia del Sur o del África subsahariana (Sanz y García-Vera, en prensa),

Esa futura de investigación también debería mejorar los aspectos metodológicos de los estudios. En concreto, en la literatura científica actualmente disponible todavía hay un porcentaje importante de estudios que utilizan instrumentos con escaso o nulo apoyo psicométrico sobre su fiabilidad y validez y con puntuaciones de corte o algoritmos diagnósticos para definir el duelo complicado no fundamentados psicométricamente. Sería conveniente, pues, que futuros estudios utilizaran instrumentos que, como el IDC, muestren índices buenos de fiabilidad y validez y ofrezcan puntuaciones de corte o algoritmos diagnósticos validados psicométricamente.

La mayoría de los estudios realizados hasta la fecha han evaluado la presencia de duelo complicado entre 18 meses después del fallecimiento del ser querido y 2-3,5 años tras el fallecimiento, pero tan solo un estudio ha evaluado el duelo complicado a muy largo plazo, es decir, después de 10, 20 o 30 años del fallecimiento. Esta cuestión es importante, ya que en familiares de fallecidos en otros tipos de muertes violentas, repentinas o súbitas se han encontrado elevadas tasas de trastornos mentales, incluido duelo complicados, 5 o 10-12 años después del fallecimiento del familiar (Kristensen et al., 2012; Cardoso et al., 2017; Kristensen et al., 2015).

Los resultados de la presente revisión también sugieren que existe una alta comorbilidad entre el duelo complicado y el TEPT o el TDM, de manera que, con los datos actuales, se puede estimar que el 50-65% de los familiares y allegados de los fallecidos que sufren duelo complicado también sufren TEPT o TDM. Esta alta comorbilidad no parece sorprendente dadas las semejanzas sintomatológicas entre el duelo complicado y el TDM o el TEPT, y dada la alta comorbilidad que presentan estos dos últimos trastornos en víctimas del terrorismo (Sanz y García-Vera, 2020). Sin embargo, los resultados de la presente revisión también sugieren que el 15-20% de todos los familiares y allegados de los fallecidos sufren únicamente duelo complicado, porcentaje lo suficientemente importante para concluir, al menos tentativamente, que los resultados de la literatura empírica, aunque escasos, parecen apoyar la idea de que el duelo complicado en las víctimas del terrorismo es una condición psicopatológica distinta del TEPT y del TDM.

Estas dos últimas conclusiones, no obstante, deben tomarse con las debidas precauciones, ya que sus argumentos empíricos están basados en tan solo dos estudios y ambos realizados con las víctimas de un solo atentado terrorista (los atentados del 11-S), lo que de nuevo subraya la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones para que, en su caso, poder replicar tales argumentos y, por ende, reforzar la solidez de esas dos conclusiones.

En resumen, los resultados del presente estudio que constituye, que se sepa, la primera revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas de atentados terroristas, indican que este trastorno mental es una consecuencia psicopatológica que afecta a un porcentaje importante de los familiares y allegados de los fallecidos en un atentado terroristas y que, por tanto, debería ser objetivo específico de evaluación e intervención en cualquier plan de atención a la salud mental que se desarrolle para atender a las víctimas del terrorismo tanto a corto o medio plazo como a largo o muy largo plazo, incluso 15 años después de producirse los atentados, ya que, incluso después de tantos años, se estima que aproximadamente un 30% de los familiares y allegados de los fallecidos en atentados siguen sufriendo de duelo complicado. En la misma línea, en cualquier peritaje psicológico realizado con víctimas directas o indirectas de un atentado terrorista, se debería también tener en cuenta la elevada probabilidad de desarrollar duelo complicado entre los familiares y allegados de los fallecidos por un atentado terrorista y se deberían utilizar los instrumentos adecuados para la evaluación y diagnóstico de dicho trastorno.

### **Agradecimientos**

Esta investigación ha sido en parte posible gracias a una ayuda del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. PGC2018-098387-B-I00).

### **Referencias**

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Orig. 2013).
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: the evolution and psychology of reactions to loss*. Londres: Routledge.
- Barrett, T. W. y Scott, T. B. (1989). Development of the grief experience questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. e Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 342-351.
- Bowlby, J. (1997). *El apego y la pérdida. Vol. 3. La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1980).
- Brown, J. T. y Stoudemire, G. A. (1983). Normal and pathological grief. *Journal of the American Medical Association*, 250, 378-382.
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B. y Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, 27(1), 49-57.
- Byrne, G. J. A. y Raphael, B. (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychological Medicine*, 24(2), 411-421.

- Cardoso, D., Ferreira, L., Rocha, J., Leite, M. y Almeida, V. (2017). Long-term effects of the entre-os-rios tragedy on grief and traumatic stress symptoms. *Death Studies*, 41(4), 256-260.
- Castro, S. I. y Rocha, J. C. (2013). The moderating effects of previous losses and emotional clarity on bereavement outcome. *Journal of Loss and Trauma*, 18(3), 248-259.
- Cozza, S. J., Fisher, J. E., Fetchet, M. A., Chen, S., Zhou, J., Fullerton, C. S. y Ursano, R. J. (2019). Patterns of comorbidity among bereaved family members 14 years after the September 11th, 2001, terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 526-535.
- De Montgolfier, L. (2013). Deuil et médecine générale: enquête auprès de 244 endeuillés adultes [Grief and general practice: a study of 244 adult bereaved people]. *Annales Médico-Psychologiques*, 171(3), 189-192.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- DiMaggio, C., Galea, S. y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894-904.
- Donahue, S. A., Jackson, C. T., Shear, K. M., Felton, C. J. y Essock, S. M. (2006). Outcomes of enhanced counseling services provided to adults through Project Liberty. *Psychiatric Services*, 57(9), 1298-1303.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A. y Kristensen, P. (2015). Traumatic bereavement and terror: the psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 556-576.
- Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston, TX: Honeycomb.
- Faschingbauer, T. R., Devaul, R. D. y Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas. Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Madrid: Pirámide.
- García-Vera, M. P., Sanz, J. y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119, 328-359.
- Ghaffari-Nejad, A., Ahmadi-Mousavi, M., Gandomkar, M. y Reihani-Kermani, H. (2007). The prevalence of complicated grief among bam earthquake survivors in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 10(4), 525-528.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* (Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/38866/1/T37663.pdf>
- Hogan, N. S. y Greenfield, D. B. (1991). Adolescent sibling bereavement symptomatology in a large community sample. *Journal of Adolescent Research*, 6(1), 97-112.
- Hogan, N. S., Greenfield, D. B. y Schmidt, L. A. (2001). Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies*, 25, 1-32.
- Huh, H. J., Huh, S., Lee, S. H. y Chae, J. (2017). Unresolved bereavement and other mental health problems in parents of the sewol ferry accident after 18 months. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 231-239.

170 Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez-Marqueses, J.M., Jiménez, A., Sanz-García, A. y García-Vera, M.P.

- Jacobs, S. y Douglas, L. (1979). Grief: a mediating process between a loss and illness. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 165-175.
- Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A., Berkman, L. y Charpentier, P. (1986a). The measurement of grief: Age and sex variation. *British Journal of Medical Psychology*, 59(4), 305-310.
- Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A. M., Berkman, L., Kosten, T. R. y Charpentier, P. (1986b). The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved. *Hospice Journal*, 2(4), 21-36.
- Jacobs, S., Mazure, C. y Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199.
- Jordan, J. R., Baker, J., Matteis, M., Rosenthal, S. y Ware, E. S. (2005). The Grief Evaluation Measure (GEM): an initial validation study. *Death Studies*, 29(4), 301-332.
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriél, S., Cariou, A., Jaber, S., (...) Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *The European Respiratory Journal*, 45(5), 1341-1352.
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Champigneulle, B., Thirion, M., Souppart, V., Gilbert, M., (...) Famirea, S. G. (2017). Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 473-484.
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Cheisson, G., Joseph, L., Martin-Lefèvre, L., Si Larbi, A. G., (...) Azoulay, E. (2018). Grief symptoms in relatives who experienced organ donation request in the ICU. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. doi:10.1164/rccm.201709-1899OC
- Kim, Y., Carver, C. S., Spiegel, D., Mitchell, H. H.R. y Cannady, R. S. (2017). Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in longterm adjustment to bereavement. *Psychooncology*, 6, 484-492.
- Kristensen, P., Dyregrov, K., Dyregrov, A. y Heir, T. (2016). Media exposure and prolonged grief: a study of bereaved parents and siblings after the 2011 Utøya Island terror attack. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(6), 661-667.
- Kristensen, P., Weisæth, L. y Heir, T. (2009). Psychiatric disorders among disaster bereaved: an interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 tsunami. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1127-1133.
- Kristensen, P., Weisæth, L. y Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry*, 75(1), 76-97.
- Kristensen, P., Weisæth, L., Hussain, A. y Heir, T. (2015). Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: a longitudinal study after the 2004 tsunami. *Depression and Anxiety*, 32(1), 49-56.
- Li, J., Chow, A. Y. M., Shi, Z. y Chan, C. L. W. (2015). Prevalence and risk factors of complicated grief among Sichuan earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*, 175, 218-223.
- Li, J. y Prigerson, H. G. (2016). Assessment and associated features of prolonged grief disorder among Chinese bereaved individuals. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 9-16.
- Lieberman, P. B. y Jacobs, S. (1987). Bereavement and its complications in medical patients: A guide for consultation liaison psychiatrists. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 23-29.

- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B. y Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. y O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
- Marwitt, S. J. y Meuser, T. M. (2002). Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 42(6), 751-765.
- Masferrer, L., Garre-Olmo, J. y Caparrós, B. (2017). Is complicated grief a risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 361-367.
- Merriam-Webster. (2018). *Merriam-Webster.com dictionary*. Recuperado de <https://www.merriam-webster.com>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. y PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Nakajima, S., Ito, M., Shirai, A. y Konishi, T. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 210-214.
- Neimeyer, R. A., Hogan, N. S. y Laurie, A. (2008). The measurement of grief: Psychometric considerations in the assessment of reactions to bereavement. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 133-161). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh, E. J., Kishon, R., Cook, J. y Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251-262.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A. y Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132, 231-238.
- Pasnau, R. O., Fawney, F. I. y Fawney, N. (1987). Role of the physician in bereavement. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 109-120.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., III, Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J. y Kupfer, D. J. (1995b). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., (...) Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H., Kasl, S. y Jacobs, S. (2001). Appendix A. Inventory of Traumatic Grief (ITG). En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 638-645). Washington, DC: American Psychological Association.

172 Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez-Marqueses, J.M., Jiménez, A., Sanz-García, A. y García-Vera, M.P.

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. y Millar, M. (1995a). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Newsom, J. T., Frank, E., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., Houck, P. R., Bierhals, A. J. y Kupfer, D. J. (1996). Anxiety among widowed elders: Is it distinct from depression and grief? *Anxiety*, 2, 1-12.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. y Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Raphael, B., Middleton, W., Martinek, N. y Misso, V. (1993). Counseling and therapy of the bereaved. En M. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention* (pp. 427-453). Nueva York: Cambridge University Press.
- Real Academia Española (2017). *Diccionario de la lengua española, versión electrónica 23.1*. Recuperado de <http://dle.rae.es>
- Reeves, N. C. y Boersma, F. J. (1990). The therapeutic use of ritual in maladaptive grieving. *Omega*, 20, 281-291.
- Remondet, J. H. y Hansson, R. O. (1987). Assessing a widow's grief: a short index. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(4), 30-34.
- Rosenblatt, P. C. (2008). Grief across cultures: a review and research agenda. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 207-222). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryneron, E. K. (1987). Psychotherapy of pathologic grief: revisions and limitations. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 487-500.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A. y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11(96). doi:10.1186/1471-244X-11-96
- Sanders, C. (1989). *Grief: the mourning after dealing with adult bereavement*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Sanders, C. M., Mauger, P.A., y Strong, P. N., Jr. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2020). Mental health consequences of terrorist attacks in adults. En P. Graf y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook on the state of the art in applied psychology*. Nueva York: Wiley.
- Seirmarco, G., Neria, Y., Insel, B., Kiper, D., Doruk, A., Gross, R. y Litz, B. (2012). Religiosity and mental health: changes in religious beliefs, complicated grief, posttraumatic stress disorder, and major depression following the September 11, 2001 attacks. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 10-18.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A. y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among project liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-1297.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N. (...) Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.

- Singh, B. y Raphael, B. (1981). Postdisaster morbidity of the bereaved: a possible role for preventive psychiatry? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(4), 203-212.
- Sireling, L., Cohen, D. y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: a replication. *Behavior Therapy*, 29, 121-132.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. y Stroebe, W. (2008). Bereavement research: contemporary perspectives. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 3-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. y van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57-75.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslou, M. J., Cain, R. L., Rabinovich, B. A. y Morihisa, J. M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 146(5), 635-639.
- Theut, S. K., Jordan, L., Ross, L. A. y Deutsch, S. I. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: a pilot study. *International Journal of Aging & Human Development*, 33(2), 113-118.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. y Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435-449.
- Tomita, T. y Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95-102.
- Tsutsui, T., Hasegawa, Y., Hiraga, M., Ishiki, M. y Asukai, N. (2014). Distinctiveness of prolonged grief disorder symptoms among survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Psychiatry Research*, 217(1-2), 67-71.
- Vargas, L. A., Loya, F. y Hodde-Vargas, J. (1989). Exploring the multidimensional aspects of grief reactions. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1484-1488.
- Wahl, C. W. (1970). The differential diagnosis of normal and neurotic grief following bereavement. *Archives of the Foundation of Thanatology*, 1, 137-141.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 beta draft (mortality and morbidity statistics)*. 6B42 Prolonged grief disorder. Recuperado de <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>
- Zisook, S. y Devaul, R. A. (1985). Unresolved grief. *American Journal of Psychoanalysis*, 45, 370-379.
- Zisook, S., Devaul, R. A. y Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1590-1593.