

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Máster en Psicología General Sanitaria
2022-2024

**AFINIDADES ENTRE LAS TERAPIAS EXISTENCIALES Y LAS TERAPIAS
CONTEXTUALES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL DUELO**

**AFFINITIES BETWEEN EXISTENTIAL THERAPIES AND CONTEXTUAL
THERAPIES FOR THE PSYCHOLOGICAL INTERVENTION OF GRIEF**

Trabajo Teórico de Revisión Sistemática

HILLELA ÁLVAREZ FANJUL

Enero 2024

RESUMEN

El duelo, un proceso que surge con la pérdida de una persona con la que se ha mantenido una relación estrecha, puede convertirse en *duelo complejo persistente* y necesitar intervención. Por sus numerosas afinidades, tanto las terapias existenciales como las nuevas contextuales podrían ser tratamientos adecuados para la intervención psicológica del duelo. El objetivo de este trabajo de revisión es analizar la eficacia de las terapias existenciales y contextuales en el tratamiento del duelo y describir las afinidades entre ambos modelos de psicoterapia. Se efectuó una revisión sistemática de las investigaciones publicadas entre 2013 y 2023, siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA para la revisión sistemática de publicaciones (PRISMA, 2020). Se seleccionaron diecinueve artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados indican que distintas formas de terapia existencial y contextual son capaces de producir mejoras significativas en el duelo y variables relacionadas con el mismo, como la calidad de vida, la ansiedad o la depresión. Las terapias revisadas mostraron afinidad en sus principios y estrategias terapéuticas, compartiendo la aceptación o autodistanciamiento y el compromiso o autotrascendencia. Los estudios presentaron limitaciones en la selección de la muestra. Se sugiere más investigación que profundice en la integración de ambos modelos.

Palabras clave: terapia existencial, terapia contextual, similitudes, intervención psicológica, duelo.

ABSTRACT

Bereavement, a process that arises with the loss of a person with whom a close relationship has been maintained, can develop into *prolonged grief disorder* and require intervention. Because of their numerous affinities, both existential and new contextual therapies could be suitable treatments for the psychological intervention of bereavement. The aim of this review is to analyze the efficacy of existential and contextual therapies in the treatment of grief and to describe the affinities between both models of psychotherapy. A systematic review of research published between 2013 and 2023 was conducted, following the guidelines of the PRISMA Statement for the Systematic Review of Publications (PRISMA, 2020). Nineteen articles that met the inclusion criteria were selected. The results indicate that different forms of existential and contextual therapy can produce significant improvements in bereavement and related variables such as quality of life, anxiety or depression. The therapies reviewed showed affinity in their therapeutic principles and strategies, sharing acceptance or self-distancing and commitment or self-transcendence. The studies showed limitations regarding sample selection. Further research is suggested to delve into the integration of both models.

Keywords: existential therapy, contextual therapy, similarities, psychological intervention, grief.

1. Introducción

El duelo se define como un “estado que surge con la pérdida, por causa de muerte, de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación” e “incluye una serie de respuestas de pena y de luto”, según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5; APA, 2014). El duelo se diferencia de un episodio depresivo mayor en un marcado sentimiento de vacío y pérdida. El DSM 5 incorpora la categoría diagnóstica *duelo complejo persistente* para referirse al anhelo o añoranza persistente que se experimenta tras la muerte de una persona cercana, la pena y malestar emocional intensos en respuesta a esa muerte y la preocupación con relación al fallecido o con las circunstancias de su muerte. Todos estos síntomas, que deben durar más de 12 meses, suponen dificultades en la aceptación de la muerte, sentimientos de rabia o culpa y conductas de evitación, así como alteraciones en la esfera social o de la identidad, manifestadas como sentimientos de desconfianza, falta de sentido y reticencia hacia el futuro (APA, 2014).

Según la reciente revisión de Shear et al. (2021), se estima que el 10% de las personas en duelo experimenta procesos de duelo complejo persistente. En España, la prevalencia estimada se acerca al 22%, aunque se equipara a la internacional cuando se exige el cumplimiento de los criterios diagnósticos, en lugar de registrar únicamente la presencia de algunos de los síntomas (Parro-Jiménez et al., 2021).

El estudio del duelo ha suscitado una proliferación de clasificaciones y modelos al objeto de recoger la realidad fenomenológica del proceso. En las primeras clasificaciones, el duelo era concebido por etapas (Kübler-Ross, 1969) o fases (Parkes, 1970; Bowlby, 1980), siendo las primeras criticadas por su serialidad y, las segundas, por su solapamiento. En contraste, el modelo de Tareas de Worden (2004) enfatizó el rol activo del individuo en la elaboración de su duelo, considerando una serie de tareas necesarias para completar el proceso: (1) aceptar la realidad de la pérdida, superando la negación de la misma; (2) trabajar las emociones y el dolor sobrevenidos, es decir, no implicándose en conductas de evitación de estímulos aversivos relacionados con el fallecimiento; (3) adaptarse a un medio en el que el difunto está ausente, a nivel externo, interno y espiritual; y (4) recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

El Modelo de Procesamiento Dual del Duelo describe cómo el individuo alterna conductas orientadas a atender a su experiencia de pérdida con conductas de restauración activa de su contexto. La probabilidad de experimentar un duelo patológico la determinará la funcionalidad de las conductas emitidas de acercamiento o de evitación de la pérdida, siendo las segundas las frecuentemente problemáticas (Stroebe y Schut, 2001). Es común que las personas en duelo se involucren en estrategias de evitación, como la rumia constante (p. ej. intentando comprender las razones de la pérdida, enfadándose con el fallecido...), la inactividad, el aislamiento social y/o laboral... que ocasionan la restricción de acceso a reforzadores antes importantes para la persona (Cruz Gaitán et al., 2017).

Distintos factores socioculturales y contextuales influyen en la expresión del duelo. El llamado “muro de silencio” que establecen las personas que rodean al doliente, supone la evitación de todo lo relacionado con el fallecido y la negación de los efectos transformadores a largo plazo que puede tener el proceso de duelo en el significado vital de quien lo sufre (Feigelman et al., 2009). Según la Teoría del Manejo del Terror (Greenberg et al., 1986), el conflicto entre el instinto de supervivencia y la conciencia de la propia mortalidad genera una reacción de terror paralizante, que se contrarresta potenciando las creencias culturales propias (p. ej., sentido de la existencia, valores, trascendencia a la muerte...) y la autoestima (Simon et al., 1997).

Respecto de la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento del duelo, los estudios metaanalíticos informan de que los tamaños del efecto observados son pequeños (Johannsen et al., 2019), y no más de la mitad de todos los clientes experimentan cambios clínicamente relevantes tras el tratamiento. Investigaciones recientes también han demostrado que el duelo complicado mejora más con tratamientos que se adaptan específicamente al duelo complicado que con intervenciones que surgen del tratamiento de la depresión, como la terapia interpersonal (Doering y Eisma, 2016).

En la revisión de Fernández-Alcántara et al. (2017) también se exponen una serie de recomendaciones para el tratamiento del duelo. En primer lugar, y para evitar interferir en el proceso de duelo normal, la intervención psicológica estructurada solo debería ser aplicada en casos de duelo patológico. En segundo lugar, se establece que la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) es la intervención más eficaz para el tratamiento

del duelo, junto con el *Counselling*, el *Tratamiento para el Duelo Complicado* (Shear, 2010) y la *Terapia Integrativo-Relacional* (Payás, 2010). Sin embargo, incluso los mejores tratamientos sólo logran efectos clínicamente relevantes en el duelo complicado en aproximadamente la mitad o menos de todos los participantes (Doering y Eisma, 2016), lo que sugiere que aún hay margen de mejora en la intervención psicológica del duelo. Tal vez esa respuesta pueda venir de la mano de tratamientos con perspectiva existencial, como la logoterapia o la terapia centrada en el sentido (Wetherell, 2012), que son a menudo ignorados en las revisiones más actuales.

La Filosofía Existencial ha tenido como foco principal de estudio la muerte y la angustia producida por la misma. La muerte también constituye un tema central dentro de la Psicología Existencial. Martin Heidegger (1927/1962) se refirió a la muerte como “la condición que nos permite vivir la vida de manera auténtica”, indicando que aceptar la finitud de la vida permite lograr un estado de plena conciencia de uno mismo, denominado “yo trascendental”. El duelo, además de una experiencia de deprivación, es una oportunidad transformativa para vivir una vida más plena (van Deurzen, 2023).

La psicoterapia existencial nace con la aplicación a la práctica clínica de la ontología de Heidegger, realizada por Ludwig Binswanger y Medard Boss. Heidegger había acuñado en 1927 el término “*dasein*” (ser-ahí), haciendo referencia al ser humano como objeto que forma parte del mundo y, al mismo tiempo, sujeto que otorga significados (Yalom, 1980); a partir del cual Binswanger y Boss propusieron el “*dasein-analysis*”, entendido como el análisis del ser humano indisociable del mundo (“ser-en-el-mundo”). El desarrollo del *dasein-analysis* se vio influido por el psicoanálisis freudiano, con el que comparte técnicas como la asociación libre y la exploración de los sueños, si bien pretende diferenciarse de su complejidad teórica enraizándose en la realidad fenomenológica de la existencia humana (Cooper, 2017). Otros desarrollos de la terapia existencial son, sin embargo, más afines a la escuela humanista estadounidense, compartiendo conceptos como la responsabilidad, los valores, el antideterminismo o la libertad, aunque opuestos en la idea de expansividad y optimismo propios de la perspectiva humanista (Yalom, 1980). Por tanto, la psicoterapia existencial puede clasificarse como una terapia ecléctica, pues las cuestiones existenciales son prominentes en muchos modelos de psicoterapia, y estas cuestiones son, asimismo, componentes importantes de los problemas que se presentan comúnmente en la clínica.

Dentro de la tradición norteamericana, los máximos exponentes de la psicoterapia existencial fueron Rollo May e Irvin D. Yalom. La terapia existencial, según Yalom, es un enfoque dinámico que entiende que el individuo se encuentra sometido a una serie de fuerzas en conflicto. Dichos conflictos surgen de la confrontación del individuo con las preocupaciones “esenciales” e ineludibles derivadas del hecho de existir, a saber, la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital (Terao y Satoh, 2022); y su resolución estriba en la consecución de sus correspondientes horizontes terapéuticos. En su libro *Psicoterapia Existencial*, Yalom (1980) aboga por el empleo de la desidentificación (favoreciendo un estado de yo trascendental) y la agudización de la angustia ante la muerte (mantenida a niveles no incapacitantes), para alcanzar un estado de “angustia creadora” que catalice el cambio. Intentar aliviar la angustia existencial sería “controlar lo incontrolable” y entiende que no es posible ahondar en las raíces de la angustia sin experimentarla durante un tiempo. El exceso de angustia lleva a un círculo vicioso en el que se dedica la vida al alivio del dolor más que a lograr la plenitud. Será la satisfacción con la vida la que alivie los excesos de angustia, siendo la búsqueda de significados (es decir, de un patrón coherente) una tarea con la que el individuo debe comprometerse.

Yalom (1980) describió cómo dos pacientes reaccionaron diferencialmente ante el sufrimiento producido por la cercanía de la muerte: (1) desvinculándose y respondiendo con conductas de evitación o (2) fusionándose con el dolor. Dichas conductas se convierten en problemáticas o si se prefiere, patológicas, cuando se vuelven extremas y rígidas. Kierkegaard (1849/1941) ya había comentado esta dicotomía refiriéndose a tales respuestas como el peligro de (1) “aventurarse” y (2) “no aventurarse”. La muerte de un allegado parece ocasionar en los dolientes el encuentro con su propia muerte, dando lugar a un efecto de “reafirmación de prioridades”, similar al concepto de “situación límite” de Jaspers (1919/1967). Este efecto consiste en una reorganización de sentidos vitales caracterizada por una mayor compasión, gratitud y énfasis en el momento presente y una postura de apertura ante las posibilidades de la vida.

La problemática psicológica derivada de la carencia de un sentido vital fue trabajada ampliamente por Viktor Frankl, que matizó que no debe perseguirse el bienestar como meta final, sino que este será un producto derivado de la búsqueda de significados (Frankl, 1946/2015). En torno al año 1929, Frankl desarrolló su abordaje

terapéutico denominado *Logoterapia*, que supuso el origen de las prácticas orientadas al sentido dentro de la tradición existencial, de las cuáles continúa siendo su máximo exponente (Cooper, 2017). La logoterapia aplicada al duelo consistiría en hacerse consciente de la naturaleza transitoria de la vida y de la necesidad de encontrar un significado que promueva la trascendencia del yo, dentro de la experiencia de sufrimiento, en lugar de intentar evitarlo o de enredarse en la culpa. Para lograrlo, propuso técnicas como la intención paradójica, consistente en desear e intentar experimentar la estimulación aversiva hasta el momento evitada; y la de-reflexión, que propone ignorar los procesos internos, o sintomatología, y reorientar la atención al exterior (Frankl, 1946/1986).

A raíz de los trabajos de los autores existenciales clásicos, han surgido nuevas propuestas como la Terapia Centrada en el Sentido (Wong, 2013), que hincó sus raíces en la logoterapia de Frankl; la Terapia Humanística-Existencial (Schneider, 2016), apoyada en el trabajo de May y Yalom; y la Terapia Existencial-Fenomenológica (van Deurzen, 2012), inspirada en Kierkegaard, Heidegger y Jaspers. El enfoque de Wong (2013) enfatiza la aceptación, el sentido de agencia, el compromiso con acciones específicas, el descubrimiento de significados y la evaluación del progreso; mientras que van Deurzen (2012) se focaliza en la reflexión sobre ideas y explicaciones filosóficas y sus implicaciones en las dificultades y limitaciones de la vida diaria (Cooper, 2017). Dentro de la Humanística-Existencial, la Psicoterapia Existencial-Integrativa de Schneider destaca el concepto de “elección”, centrándose en la experiencia presente, la delimitación de qué es importante para la persona, la focalización en el proceso más que en el contenido y la atención sobre las sensaciones corporales (Schneider, 2016).

El tratamiento del duelo desde la psicoterapia existencial ha sido absolutamente ignorado en las revisiones actuales. Sin embargo, algunos autores han destacado que los preceptos existencialistas resuenan en terapias con desarrollos más recientes, como las contextuales (Pérez-Álvarez, 2014). García Haro (2022) señala las afinidades entre la logoterapia y la fenomenología de Ortega, y las de esta última con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999) y el conductismo radical. Los problemas derivados de la experiencia de duelo han sido abordados con eficacia desde la ACT (Luciano Soriano y Cabello Luque, 2001), junto con ciertos elementos de la

Psicoterapia Analítico Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), demostrando que las terapias de tercera generación tienen un interés genuino en el tratamiento del duelo.

La tercera generación de terapias cognitivo-conductuales, y específicamente la ACT, introdujo el trastorno de evitación experiencial como alternativa transdiagnóstica al enfoque categorial (Hayes et al., 1996). El trastorno de evitación experiencial (TEE) se caracteriza por la emisión de conductas con función de control y/o evitación de eventos privados aversivos (pensamientos, sensaciones, etc), al objeto de eludir el malestar y obtener alivio a corto plazo, aunque esto genere consecuencias negativas a largo plazo (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Siendo la muerte un fenómeno irrevocable, la aceptación, en lugar de la evitación, sería la única vía adecuada para que no se produzcan limitaciones en el largo plazo (Luciano y Cabello, 2001).

Además del trabajo en aceptación dirigido al distanciamiento de los eventos internos juzgados negativamente, la orientación a valores es otro de los elementos centrales en ACT, que mantiene afinidades con las terapias existenciales y puede aplicarse de forma combinada con otras terapias de tercera generación. La clarificación de valores supone un guía de acción aun cuando surgen obstáculos (Cruz Gaitán et al., 2017), en línea con el compromiso con actividades que puedan proporcionar acceso a reforzadores naturales en la Terapia de Activación Conductual (AC; Jacobson et al., 2001) (Pérez-Álvarez, 2006).

Dado el marco teórico expuesto, las terapias de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Activación Conductual o la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Segal et al., 2004) son intervenciones potencialmente aplicables al duelo y presentan numerosas afinidades con las terapias existenciales anteriormente comentadas.

Los conceptos existenciales tradicionales están particularmente representados en la ACT. Así, la terapia existencial o logoterapia tiene el objetivo terapéutico del autodistanciamiento y la autotranscendencia, afines a la aceptación y el compromiso que se desarrollan en la ACT (Pérez-Álvarez, 2014). La aceptación se ve reflejada en ambos enfoques como cese de la evitación de los eventos privados aversivos y vinculación de estos al lenguaje, y no al “yo”. La muerte, la libertad, la soledad y la falta de sentido y trascendencia suponen el sufrimiento inevitable del que las personas psicológicamente

inflexibles intentan escapar (Sabucedo, 2019). Además, los valores serían equivalentes a la búsqueda de sentido, y el compromiso o acción basada en valores, a la noción de responsabilidad sobre las condiciones problemáticas que se tienen (Pérez-Álvarez, 2001).

Las estrategias terapéuticas empleadas en la logoterapia y en ACT coinciden en el uso de la paradoja, referida a desear tener o acercarse a aquello que se pretende evitar. La “desidentificación” de Yalom, a propósito de la adquisición de fortaleza frente a la angustia ante la muerte, también es similar a la técnica de “observador de sí mismo” incluida en ACT, ambas dirigidas a promover el distanciamiento de los eventos privados y adquirir una perspectiva de “yo trascendental” o “yo como contexto” (Pérez-Álvarez, 2001).

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es analizar en qué medida la intervención del proceso de duelo desde las terapias existenciales y contextuales es eficaz, así como describir las afinidades e ingredientes similares entre ambos modelos de psicoterapia.

Se plantean como objetivos específicos (1) analizar los estudios actuales dedicados a la aplicación de terapias existenciales o contextuales en personas en proceso de duelo por la pérdida de un ser querido; (2) identificar las variables metodológicas de las distintas investigaciones para establecer criterios comparativos de los resultados; (3) relacionar las aportaciones de las investigaciones para determinar si existen afinidades entre las terapias; (4) discutir las fortalezas, limitaciones y enfoques futuros sobre el tratamiento del duelo desde la perspectiva existencial y contextual.

2. Materiales y métodos

2.1. Diseño del estudio

La presente revisión sistemática se efectuó siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA 2020 para la revisión sistemática de publicaciones (Page et al., 2021). Antes de comenzar la investigación, se realizó una búsqueda preliminar para identificar estudios similares al planteado, pero no se obtuvo ningún resultado que cuestionara su factibilidad.

2.2. Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión fueron: (1) intervenciones basadas en terapias existenciales; (2) intervenciones basadas en terapias contextuales; (3) participantes adultos en proceso de duelo por fallecimiento o con un familiar/persona cercana en cuidados paliativos; (4) metodología cuantitativa o cualitativa. Los criterios de exclusión fueron: (1) terapia psicológica combinada con intervención farmacológica; (2) duelo no relacionado con la muerte.

2.3. Bases de datos y búsqueda

La búsqueda se efectuó en PsycINFO y APA PsycArticles, SCOPUS y Web of Science (WOS), que incluye la colección principal de WOS y las bases de datos JCR: Journal Citation Reports, Current Contents Connect, Derwent Innovations Index, KCI-Korean Journal Database, MEDLINE, Russian Science Citation Index, SciELO Citation Index y Essential Science Indicators. Las palabras clave utilizadas fueron “grief”, “bereavement” o “mourning” y “existential therapy”, “existential approach”, “acceptance and commitment therapy”, “behavioral activation”, “mindfulness based cognitive therapy” o “contextual therapy”. La búsqueda se limitó al periodo comprendido desde 2013 a octubre de 2023 y a los estudios en inglés o español de acceso abierto.

2.4. Selección de estudios

Se identificaron 228 estudios tras eliminar los duplicados. Se filtraron los estudios en función de su resumen para valorar su elegibilidad, tras lo que se seleccionaron 32 artículos que cumplían preliminarmente los criterios de inclusión establecidos. Las investigaciones que no indicaban con suficiente claridad las variables recogidas en los criterios de inclusión fueron excluidas. Tras examinar los textos completos, se incluyeron 19 artículos en la revisión. El proceso seguido se detalla en la Figura 1.

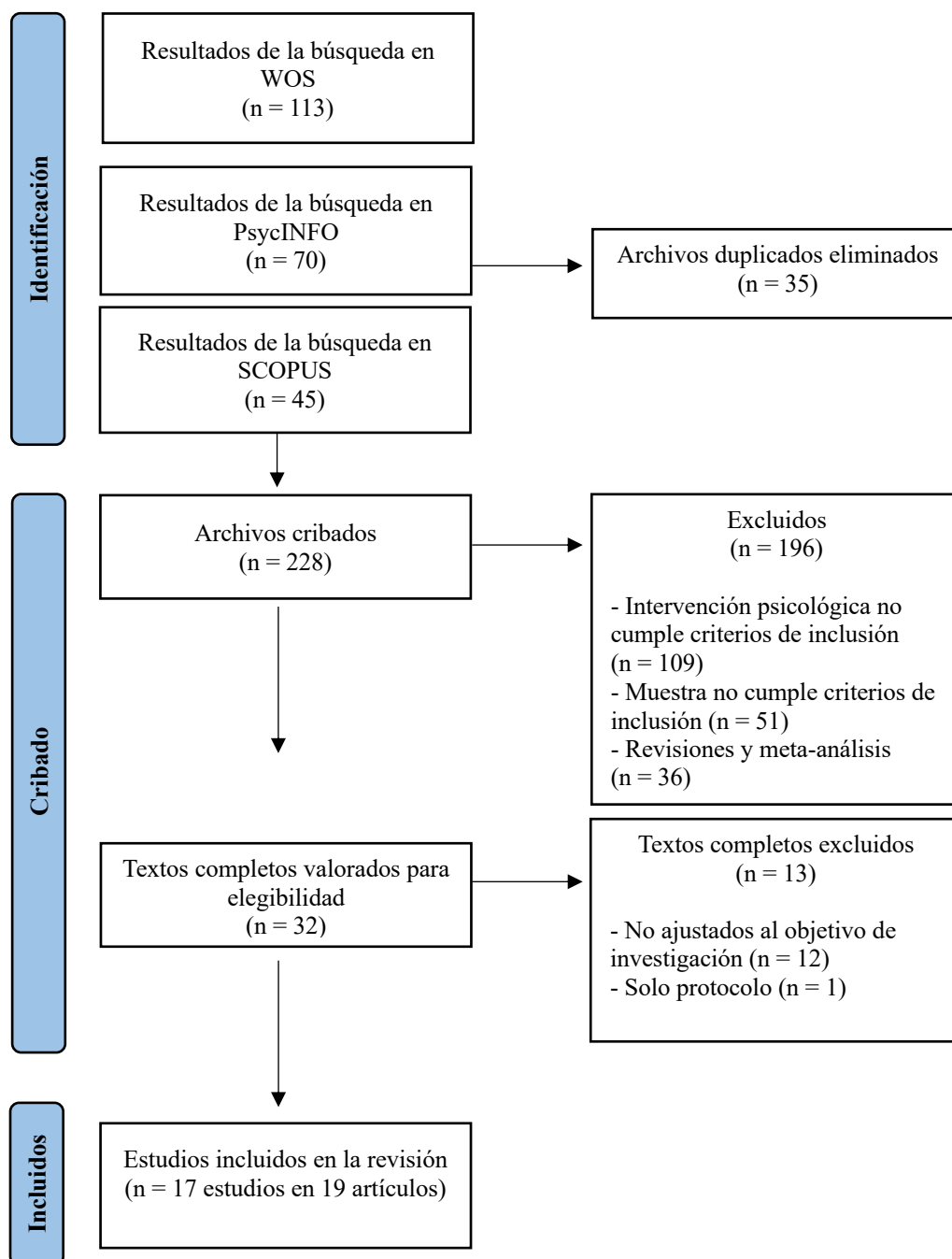


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección para la revisión.

2.5. Proceso de recopilación de datos

El proceso de selección de los textos completos fue llevado a cabo por un único revisor, registrando los datos relativos a la muestra, el tipo de diseño, las características

de la intervención, los resultados obtenidos (según las medidas de resultado correspondientes) y las limitaciones de los estudios. El análisis de los contenidos se ha realizado siguiendo las indicaciones de la Declaración PRISMA (Page et al., 2021).

3. Resultados

De acuerdo con la información contenida en la Tabla 1, se va a sintetizar el diseño, muestra, intervenciones aplicadas, resultados y limitaciones de los estudios seleccionados.

3.1. Diseño

De los 17 estudios incluidos, nueve son ensayos clínicos aleatorizados con medidas pre y post intervención (Applebaum et al., 2022a, 2022b; Davis et al., 2020; Eisma et al., 2015; Fegg et al., 2013; Ghezeljeh et al., 2023; Kögler et al., 2015; Malmir et al., 2017; Thurn et al., 2015; Papa et al., 2013), ocho de ellos con seguimiento. Uno de ellos utiliza un grupo de participantes en lista de espera como grupo control (Eisma et al., 2015). Otro estudio emplea participantes que no reciben intervención (Malmir et al., 2017) y cinco estudios utilizan como comparación un tratamiento estándar (Applebaum et al., 2022a, 2022b; Davis et al., 2020; Fegg et al., 2013; Ghezeljeh et al., 2023; Kögler et al., 2015). De los estudios restantes, uno es un ensayo clínico controlado no aleatorizado donde el grupo control es la lista de espera, con medidas pre, post y seguimiento (O'Connor., 2014) y cinco son ensayos clínicos sin grupo control (Huang et al., 2019; Koda et al., 2023; Lichtenthal et al., 2019; Thieleman et al., 2014; Villagómez-Zavala et al., 2020), uno de ellos con seguimiento, además de pre y post. Por último, uno es un caso único (Cacciatore et al., 2014) y otro una serie de casos con seguimiento (Piazza-Bonin et al., 2016a, 2016b).

Todos los estudios incluyen análisis de significación estadística, excepto Cacciatore et al. (2014) y Piazza-Bonin et al. (2016a, 2016b). Uno de los estudios fue de carácter retrospectivo (Thieleman et al., 2014).

Tabla 1. Resultados de los estudios revisados.

Referencias bibliográficas	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Sesiones	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Applebaum et al. (2022a, 2022b) EE. UU.	ECA	Examinar la eficacia de TCS para el estrés existencial.	N=60 Adultos 100% mujeres Dolientes anticipados	- TCS (n=30) - Control: tratamiento estándar (n=25)	- 7 sesiones	- LAP-R - ATCS - CRA - FACIT-Sp-12 - FSSQ - BFS - Entrevista semi-estructurada cualitativa (N=9).	- Pre - Post (10 entrevistas) - Seguimiento mes 2	- Mejora significado personal (p<0.01), propósito (p<0.01), trascendencia existencial (p<0.01) y sentimiento de agencia (p<0.05) en post. - Decremento en duelo anticipatorio, fusión con rol de cuidador, mejora en conexión con los enfermos y en validación emocional.	- Sin evaluación cualitativa grupo control ni pre-tratamiento. - Muestra sesgada por sexo. - No específica estadio para el 16% de los enfermos.
Cacciatore et al. (2014) EE. UU.	Caso único	Examinar los efectos de TBM en el duelo.	N=1 Adulto Hombre Doliente	- TBM: modelo ATTEND (n=1)	- Sesiones semanales durante 20 meses	- IES-R - HSCL-25	- Pre - Mes 3-4 - Mes 6-8	- Mejora en síntomas ansiosos y depresivos. - Mejora en respuestas traumáticas. - Puntuaciones en psicopatología continúan post-intervención.	- Sin análisis estadístico del tamaño del efecto del tratamiento. - Sin medida específica de la intensidad del duelo. - Escasas medidas de seguimiento o post-intervención.
Davis et al. (2020) Australia	ECA	Examinar los efectos de ACT para el duelo.	N=55 Adultos 73% mujeres. Dolientes anticipados	- ACT auto administrada + tratamiento estándar (n=35) - Control: tratamiento estándar (n=20)	- Auto gestionadas	- AAQ-II - VLQ - PG-13 - PG-12 - HADS - Preguntas cualitativas.	- Pre - Seguimiento mes 1 - Seguimiento 6 meses post duelo	- Efectos no sig. (p>0.05) generales. - Tamaño del efecto pequeño para aceptación (d=0.28) y duelo (d=0.26) en seguimiento. - Tamaño del efecto medio para estrés psicológico (d=0.52) en seguimiento.	- Falta de medidas por muerte prematura. - Sin doble ciego. - Baja adherencia. - Muestra pequeña.

Tabla 1. Continúa.

Referencias bibliográficas	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Sesiones	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Eisma et al. (2015) Países Bajos	ECA	Examinar los efectos de AC y TE online para el duelo.	N=47 Adultos 91.5% mujeres Dolientes	- AC online (n=17) - TE online (n=18) - Control: lista de espera (n=12)	- 6 tareas (duración de una semana) durante 6-8 meses	- ICG-R - PSS - HADS - UGRS - RRS	- Pre - Post - Seguimiento post 3 meses	- Efectos sig. AC en reducción estrés postraumático en post y seguimiento (p<0.05), en ansiedad (p<0.05) y rumia depresiva (p<0.05) en post y rumia sobre el duelo en seguimiento.	- Muestra sesgada por sexo. - Muestra sesgada por nivel educativo. - Alta tasa de abandono en el grupo de AC (superior al 50%).
Fegg et al. (2013) Alemania	ECA	Examinar los efectos de TEC grupal para el duelo.	N=133 Adultos 70% mujeres Dolientes anticipados	- TEC (n=69) - Control: tratamiento estándar (n=64)	- 6 sesiones (22 h totales)	- BSI - SWLS - WHOQOL-Bref - QoL-NRS - PANAS	- Línea base - Pre - Post - Seguimiento mes 3 - Seguimiento mes 12	- Mejora sig. calidad de vida (p<0.01), ansiedad (p<0.01) y afecto negativo (p<0.01) en post. - Mejora sig. calidad de vida (p<0.05) en seguimiento mes 3. - Mejora sig. depresión (p<0.05), calidad de vida (p<0.01) y afecto negativo (p<0.01) en seguimiento mes 12.	- Muestra heterogénea en tipo de relación con el enfermo. - Heterogeneidad en la proximidad del duelo (50% dolientes inicio intervención).
Ghezeljeh et al. (2023) Irán	ECA	Examinar los efectos de TBDF y ET en el duelo anticipatorio.	N=200 Adultos 63% mujeres Dolientes anticipados	- TBDF (n=50) - ET (n=50) - TBDF+ET (n=50) - Control: tratamiento estándar (n=50)	- 1 sesión TBDF (60-90 min)	- AGS-13	- Pre - Post 1 semana - Post 2 semanas	- Efectos sig. en reducción duelo anticipatorio (p=0.01), comportamental (p<0.05) y emocional (p<0.05) con TBDF en post 2 semanas. - Efectos no sig. combinando TBDF con TE (p>0.05).	- Sin doble ciego. - Muestra sesgada por sexo en el grupo TBDF+ET.

Tabla 1. Continúa

Referencias bibliográficas	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Sesiones	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Huang et al. (2019) China	ECNC	Examinar los efectos de TCBM para el duelo.	N=23 Adultos 91% mujeres Dolientes	- TCBM (n=23)	- 8 sesiones semanales (2.5 h)	- TRIG - GAD-7 - TDQ - DERS - FFMQ - Stroop numérico (RMf)	- Pre - Post	- Mejora sig. de ansiedad, depresión, duelo, regulación emocional y mindfulness (p<0.01) en post. - Asociación positiva sig. (p<0.05) entre niveles de ansiedad y duelo y activación del córtex cingulado posterior y tálamo.	- Sin grupo control. - Muestra pequeña. - Muestra sesgada por sexo.
Koda et al. (2023) Japón	ECNC	Examinar los efectos de TCS para el duelo.	N=5 Adultos 60% mujeres Dolientes	- TCS (n=5)	- 5 sesiones mensuales	- ICG - CESD - GHQ-12 - PTGI-SF - Entrevista cualitativa	- Pre - Post	- Mejora sig. duelo, depresión y crecimiento postraumático. (p<0.05). - Mejora cualitativa del sentimiento de culpa, reorganización de su rol y actividades y significado vital.	- Muestra pequeña. - Sin grupo control - Adaptación cultural del manual.
Kögler et al. (2015) Alemania	ECA	Examinar los efectos de TEC mediados por mindfulness en el duelo.	N=130 Adultos 71% mujeres Dolientes o dolientes anticipados	- TEC (n=73) - Control: tratamiento estándar (n=57)	- 6 sesiones (total 22 h)	- CAMS-R - FFMQ (15 ítems) - BSI - WHOQOL-Bref - QoL-NRS - SWLS (5 ítems) - SMiLE	- Pre - Post - Seguimiento mes 3 - Seguimiento mes 12	- Efectos sig. en reducción de depresión (p<0.05) y ansiedad y mejora de calidad de vida (p<0.01) en post y seguimiento, parcialmente mediados por mindfulness.	- Muestra heterogénea (dolientes y cuidadores). - Especificación escasa de los contenidos de la intervención (solo mindfulness).

Tabla 1. Continúa

Referencias bibliográficas	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Sesiones	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Lichtenthal et al. (2019) EE. UU.	ECNC	Examinar los efectos de TCS para el duelo.	N=11 Adultos 75% mujeres Dolientes	- TCS en persona (n=6) -TCS online (n=5)	- 16 sesiones (60-90 min)	- PG-13 - LAP-R - MQOL - PTGI - CBS - CESD-R - BHS - STAI - PANAS - RAND 36 - WAI	- Pre - Durante - Post - Seguimiento mes 3	- Tamaño del efecto grande ($d > 0.80$) en mejora duelo, sentido de significado, crecimiento postraumático, conexión con el fallecido, afecto positivo, depresión y desesperanza en post y seguimiento. - Efectos no sig. ($d < 0.20$) en ansiedad y funcionamiento físico.	- Sin grupo control. - Muestra muy pequeña. - Alto número de abandonos.
Malmir et al. (2017) Irán	ECA	Examinar los efectos de ACT en el duelo.	N=34 Adulto 62% mujeres Dolientes	- ACT (n=17). - Control: sin tratamiento (n=17)	- 12 sesiones semanales (1.5/2 h)	- Life expectancy scale - STAI	- Pre - Post	- Mejora sig. ansiedad ($p < 0.01$) y esperanza ($p < 0.01$).	- Muestra pequeña. - Sin seguimiento. - Falta de representatividad.
O'Connor et al. (2014) Dinamarca	ECNA	Examinar los efectos de TCBM para el duelo.	N=36 Adultos 67% mujeres Dolientes.	- TCBM (n=18) - Control: lista de espera (n=18)	- 8 sesiones (2/2.5 h por sesión)	- BDI-II - HTQ - ICG-R - CES - Prueba memoria de trabajo (Weschler)	- Pre - Post - Seguimiento mes 5.	- Efectos sig. en reducción de depresión ($p < 0.05$) en seguimiento. - Efectos no sig. ($p > 0.05$) para estrés postraumático y duelo. - Mejora memoria de trabajo ($p < 0.05$) en post.	- Sin aleatorización. - Muestra pequeña.

Tabla 1. Continúa

Referencias bibliográficas	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Sesiones	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Papa et al. (2013) EE. UU.	ECA	Examinar los efectos de AC para el duelo.	N=25 Adultos 88% mujeres Dolientes	- AC inicio semana 1 (n=13) - AC inicio semana 12 (n=12).	- 12-16 sesiones (60 min) en 12 semanas	- ICG-R - PCL-S - DASS - CEQ - CSPRS	- Pre - Semana 12 - Semana 24 - Semana 36	- Efectos sig. en reducción depresión (p<0.05), duelo (p<0.01) y estrés postraumático (p<0.05).	- Muestra pequeña. - Muestra sesgada por sexo.
Piazza-Bonin et al. (2016a, 2016b) EE. UU.	Serie de casos- Estudio cualitativo	Examinar los efectos de THE en el duelo.	N=1 Adulto Mujer Doliente	- THE (n=1)	- 6 sesiones	- IMCS - GAF - S-WAI-O	- Post sesión 1 - Post sesión 2 - Post sesión 3 - Post sesión 4 - Post sesión 5 - Post sesión 6	- Mejora de la reflexión: cambio de comprensión sobre la problemática y distanciamiento, consciencia del impacto en su vida diaria, respuestas más adaptativas, motivación para vivir una vida plena y sensación de bienestar. - Mejora del funcionamiento global correlacionada con momentos de cambio y una relación terapéutica fuerte.	- Sin medidas estandarizadas de mejora del duelo. - Resultados poco generalizables (intervención no manualizada).
Thieleman et al. (2014) EE. UU.	ECNC	Examinar los efectos de TBM para el duelo.	N=42 Adultos 71% mujeres Dolientes.	- TBM: modelo ATTEND (n=42)	- 5/57 semanas (media 15 h)	- IES-R - HSCL-25	- Pre - Post	- Efectos sig. en reducción estrés postraumático (d=0.92) y ansiedad y depresión (d=0.70).	- Sin grupo control. - Falta de representatividad. - Muestra pequeña. - Sin seguimiento. - Heterogeneidad en duración de la terapia.

Tabla 1. Continúa.

Referencias bibliográficas	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Sesiones	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Thurn et al. (2015)	ECA	Examinar los efectos de TEC grupal para el duelo.	N=254 Adultos 69% mujeres	- TEC (n=81) - Control: tratamiento estándar (n=79) - Sin tratamiento (n=94).	- 6 sesiones (22 h totales)	- BSI - SWLS - QoL-NRS	- Pre - Seguimiento mes 12	- Mejora sig. calidad de vida (p<0.05) con TEC respecto a control y sin tratamiento. - Mejora sig. ansiedad (p<0.05) con TEC y sin tratamiento.	- Heterogeneidad en la proximidad del duelo (77% dolientes inicio intervención). - Sin aleatorización grupo sin tratamiento (declinantes). - Heterogeneidad en síntomas de estrés (muestra sin tratamiento con menor sintomatología).
Villagómez-Zavala et al. (2020)	ECNC	Examinar los efectos de ACT en la espiritualidad para el duelo.	N=39 Adulto 82% mujeres	- ACT (n=39).	- 8 sesiones semanales (2 h)	- ICSG	- Pre - Post	- Mejora sig. de la espiritualidad (p<0.05).	- Muestra pequeña. - Muestra sesgada por sexo. - Sin grupo control.
México			Doliente						

Nota: ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado. TCS: Terapia Centrada en el Sentido. LAP-R: Life Attitude Profile-Revised. ATCS: Attitudes Towards Caregiving Scale. CRA: Caregiver Reaction Assessment. FACIT-Sp-12: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. FSSQ: Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. BFS: Benefit Finding Scale. TBM: Tratamiento Basado en Mindfulness. IES-R: Impact of Event Scale-Revisado. HSCL-25: Hopkins Symptom Checklist-25. AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire. VLQ: Valued Living Questionnaire. PG-13: Prolonged Grief-13. PG-12: Prolonged Grief-12. HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale. AC: Activación Conductual. TE: Terapia de Exposición. ICG-R: Inventory of Complicated Grief-Revised. PSS: PTSD Symptom Scale. UGRS: Utrecht Grief Rumination Scale. RRS: Ruminative Response Scale. TEC: Terapia Existencial Conductual. BSI: Brief Symptom Inventory. SWLS: Satisfaction with Life Scale. WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life. QoL-NRS: Numerical Rating Scale on Quality of Life. PANAS: Positive and Negative Affect Schedule. TBDF: Terapia Basada en la Dignidad Familiar. ET: Escritura Terapéutica. AGS-13: Anticipatory Grief Scale-13 ítems. ECNC: Ensayo Clínico No Controlado. TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness. TRIG: Texas Revised inventory of Grief. GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7. TDQ: Taiwanese Depression Questionnaire. DERS: Emotion Regulation Scale. FFMQ: Five Facets of Mindfulness Questionnaire. RMf: Resonancia Magnética funcional. CESD-R: Epidemiological Studies Depression Scale-Revised. GHQ-12: General Health Questionnaire. PTGI-SF: Posttraumatic Growth Inventory-Short Form. CAMS-R: Affective Mindfulness Scale-Revised. SMiLE: Schedule for Meaning in Life Evaluation. MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire. PTGI: Posttraumatic Growth Inventory. CBS: Continuing Bonds Scale. BHS: Beck Hopelessness Scale. STAI: State-Trait Anxiety Scale. RAND-36: RAND-36 ítem Health Survey. WAI: Working Alliance Inventory. ECNA: Ensayo Clínico Controlado No Aleatorizado. BDI-II: Beck Depression Inventory. HTQ: Harvard Trauma Questionnaire. CES: Centrality of Event Scale. PCL-S: PTSD Checklist-Specific indexed to the presenting loss. DASS: Depression Anxiety Stress Scales. CEQ: Credibility/Expectancy Questionnaire. CSPRS: National Institute of Mental Health Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale modified for BA. THE: Terapia Humanística Existencial. IMCS: Innovative Moments Coding System. GAF: Global Assessment of Functioning. S-WAI-o: Segmented Working Alliance Inventory-Observer-Based Measure. ICSG: Inventory of Complicated Spiritual Grief.

3.2. Muestra

Los estudios fueron llevados a cabo en distintos países, seis en Estados Unidos (EE. UU.), tres en Alemania, dos en Irán, y uno en Australia, Países Bajos, China, Japón, Dinamarca y México. Los tamaños de muestra fueron por lo general pequeños-medios, en su mayoría entre 23 y 60 participantes. Cuatro estudios utilizaron muestras grandes de entre 130 y 254 participantes. Los tamaños de muestra muy pequeños se encontraron en cuatro estudios, dos caso único y dos ensayos clínicos no controlados de 5 y 11 participantes. La proporción de mujeres fue predominante en todas las muestras, entre 60% y 100%, a excepción de en un caso único.

Los criterios de reclutamiento se basaron en la presencia de un proceso de duelo actual por fallecimiento de un familiar/persona cercana (Cacciatore et al., 2014; Eisma et al., 2015; Huang et al., 2019; Koda et al., 2023; Kögler et al., 2015; Lichtenthal et al., 2019; Malmir et al., 2017; O'Connor et al., 2014; Papa et al., 2013; Piazza-Bonin et al., 2016a, 2016b; Thieleman et al., 2014 ; Villagómez-Zavala et al., 2020) o de duelo anticipado por encontrarse dicha persona en cuidados paliativos con una esperanza de vida menor a 6 meses (Applebaum et al., 2022a, 2022b; Davis et al., 2020; Fegg et al., 2013; Ghezeljeh et al., 2023; Kögler et al., 2015; Thurn et al., 2015). Los participantes fueron en todos los estudios adultos de todas las edades, con la salvedad de O'Connor et al. (2014), que únicamente incluyó a personas entre 65 y 80 años.

En algunos estudios, solo se exigió como criterio de inclusión la presencia del proceso de duelo, referido por el participante o por el profesional de la salud que le derivara (Fegg et al., 2013; Ghezeljeh et al., 2023; Huang et al., 2019, Kögler et al., 2015; Piazza-Bonin et al., 2016a, 2016b; Thieleman et al., 2014; Thurn et al., 2015; Villagómez-Zavala et al., 2020). Otras investigaciones utilizaron medidas estandarizadas de variables relacionadas con el duelo, como la presencia de duelo prolongado (Davis et al., 2020; Eisma et al., 2015; Koda et al., 2023; Lichtenthal et al., 2019; O'Connor et al., 2014; Papa et al., 2013), la rumia sobre el mismo (Eisma et al., 2015), la esperanza (Malmir et al., 2017) y la gravedad de la sintomatología ansiosa (Applebaum et al., 2022a, 2022b; Cacciatore et al., 2014; Malmir et al., 2017) y depresiva (Cacciatore et al., 2014). Los cuestionarios de evaluación aplicados fueron diversos y los investigadores utilizaron diferentes puntos de corte.

3.3. Formato y duración de las intervenciones psicológicas

El formato de las sesiones fue en su mayoría individual, aunque tres estudios emplearon terapia grupal (Fegg et al., 2013; Huang et al., 2019; Thurn et al., 2015). El número de sesiones de las intervenciones fue por lo general reducido, entre 6 y 16 sesiones, con la excepción de tratamiento extendido hasta un máximo de 57 sesiones (Thieleman et al. 2014) o durante 20 meses (Cacciatore et al., 2014), autoayuda hasta 6 meses después del inicio del duelo (Davis et al., 2020) y una única sesión en el caso de Ghezjeljeh et al. (2023). La frecuencia mayoritaria fue semanal, con una duración entre 60 y 180 minutos.

Todas las terapias fueron implementadas por psicólogos clínicos, tanto individual como grupalmente, excepto en el caso de Cacciatore et al. (2014), que fue dirigida por profesionales de trabajo social, enfermería en el caso de Ghezjeljeh et al. (2023) y psiquiatría en el estudio de Koda et al. (2023). Malmir et al. (2017) y Villagómez-Zavala et al. (2020) no especificaron la formación del profesional.

3.4. Características de las intervenciones psicológicas

Las terapias existenciales investigadas en los últimos años para el tratamiento del proceso de duelo han sido la Terapia Centrada en el Sentido (TCS; n=3), la Terapia Existencial Conductual (TEC; n=3), la Terapia Humanística-Existencial (THE; n=1) y la Terapia Basada en la Dignidad Familiar (TBD-F; n=1). Asimismo, los estudios que probaron la eficacia de intervenciones contextuales aplicaron Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; n=3), Terapia de Activación Conductual (AC; n=2) y Terapias Basadas en Mindfulness, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM; n=2) y el modelo ATTEND (n=2) específicamente diseñado para la intervención del duelo.

La Terapia Centrada en el Sentido (TCS) consistió, en líneas generales, en desarrollar un mayor sentimiento de agencia en la elección de respuesta ante el sufrimiento y buscar fuentes de significado y propósito vital que permitan a la persona coexistir con el malestar e involucrarse activamente en su vida. También incluyó la reflexión sobre la identidad personal, las transiciones y las perspectivas de futuro, dada la reorganización de roles que ocasiona el fallecimiento de la persona significativa.

Koda et al. (2023) enfatizaron la idea de “legado”, entendido como valores, responsabilidades y logros derivados de la situación de pérdida, mientras que Applebaum et al. (2022a, 2022b) y Lichtendhal et al. (2019) utilizaron técnicas como la psicoeducación, la discusión estructurada y los ejercicios experienciales.

Dentro de las Terapias Basadas en Mindfulness (TBM), el modelo ATTEND, específicamente diseñado para el tratamiento del duelo (Cacciatore et al, 2014; Thieleman et al., 2014), incorporó ejercicios de atención plena, basados en la observación consciente y no juzgadora de sensaciones, pensamientos y emociones. Dichos ejercicios se desarrollaron en el contexto de una relación terapéutica intensa, caracterizada por la colaboración, compasión, empatía y aceptación. Ambos autores generaron un espacio en consulta que promoviera la activación de acciones con significado. Además, Cacciatore et al. (2014) incluyeron ejercicios de narración sobre el evento de la muerte que facilitaran el contacto con las emociones aversivas, mientras que, Thieleman et al. (2014) utilizaron el contacto físico y el acompañamiento fuera de consulta en aquellos casos en los que pudiera resultar terapéutico.

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Huang et al., 2019; O’Connor et al., 2014) destacó por el uso de la psicoeducación sobre el afecto negativo y los ejercicios experienciales, además del entrenamiento en ejercicios de mindfulness (p. ej. escaneo corporal y meditación) generalizables al contexto diario a través de sesiones guiadas grabadas para la práctica autónoma del consultante.

En su versión autoadministrada, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Davis et al., 2020) consistió en promover la flexibilidad psicológica mediante el contacto primero, y posterior aceptación, de los eventos privados aversivos derivados de la pérdida, además de la clarificación de valores y la promoción de conductas orientadas a los mismos. Con tal propósito utilizaron ejercicios experienciales de mindfulness y psicoeducación. Villagomez et al. (2020) enfocaron su intervención exclusivamente a la génesis de un nuevo concepto de muerte tras la pérdida, en una muestra que presentaba valores altos de espiritualidad.

La Terapia de Activación Conductual (AC) se focalizó en aumentar gradualmente la ejecución de conductas reforzantes basadas en valores. Mediante el análisis funcional, se identificaron las conductas de evitación de estímulos relacionados con el duelo y sus

relaciones de contingencia, para sustituirlas por conductas alternativas dirigidas a la activación. Eisma et al. (2015) propusieron adquirir el compromiso de ejecutar una actividad diariamente y registrar el nivel de satisfacción al realizarla y el de importancia personal en correspondencia con sus valores. Papa et al. (2013) incluyeron además entrenamiento en habilidades necesarias para afrontar los cambios derivados de la pérdida y prevención de recaídas.

La Terapia basada en la Dignidad Familiar (TBD-F) consistió en el debate sobre preguntas abiertas dirigidas a elicitarexperiencias vividas en torno al diagnóstico precursor de la muerte y recuerdos placenteros en el transcurso de dichas experiencias, y a expresar sus esperanzas, deseos y expectativas. El apelativo “familiar” se refirió exclusivamente al hecho de que los sujetos intervenidos fueron los cuidadores/dolientes, para diferenciarlo de aquellas terapias dirigidas al enfermo (Ghezeljeh et al., 2023).

La Terapia Existencial Conductual (TEC) integró elementos de las Terapias de Tercera Generación (p. ej. aceptación, compromiso con los valores y *mindfulness*) con los tópicos de la Psicoterapia Existencial de Yalom (p. ej. confrontación de la muerte, desesperanza, búsqueda de significado y reorientación hacia la vida). El protocolo de intervención principal fue el de Fegg et al. (2013), en el que se basaron Thurn et al. (2015), consistente en la discusión de temas existenciales y la activación de fuentes de significado; el entrenamiento en *mindfulness*, al objeto de distanciarse de la rumia y observar procesos internos aversivos con aceptación; y la planificación de nuevos objetivos personales. Kögler et al. (2015) utilizaron el *mindfulness* como ingrediente terapéutico central, promoviendo su práctica tanto dentro de la sesión, como con ejercicios integrados en la vida diaria.

La Terapia Humanística-Existencial (THE), aplicada en el estudio de Piazza-Bonin et al. (2016a, 2016b), propuso reflexionar sobre los problemas existenciales planteados por Yalom e identificar cambios personales a lo largo de la historia de vida. Enfatizó la necesidad de la autoconsciencia, de la identificación de oportunidades de respuesta adaptativa ante las dificultades y de la responsabilidad personal sobre la búsqueda de significado y dirección vital individual. Las técnicas utilizadas fueron de tipo experiencial, como *role play*, visualización y meditación corporal.

3.5. Evaluación

Como se registra en la Tabla 1, los instrumentos y los momentos de evaluación son, por lo general, heterogéneos. Las variables más evaluadas fueron la gravedad del duelo, la calidad de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva. Los datos fueron recabados principalmente a través de cuestionarios estandarizados, combinados en algunas investigaciones con entrevistas clínicas cualitativas. Uno de los estudios empleó, junto con instrumentos estandarizados, evaluación por imagen con Resonancia Magnética Funcional (RMf) (Huang et al, 2019). Los cuestionarios estandarizados fueron variados, aunque todos los estudios incluyeron medidas pre y post intervención, y más de la mitad, seguimientos, generalmente pasados los 3-6 meses. Algunos de los estudios incluyeron además cuestionarios de satisfacción o de desarrollo de habilidades post-intervención (p. ej. atención plena).

3.6. Resultados de las intervenciones psicológicas

3.6.1. Duelo

Se considerarán como medidas de la gravedad del duelo, tanto aquellas que efectúen su medición directa, como las que midan características relacionadas con su fenomenología (respuestas de estrés postraumático y rumiación sobre el duelo).

De los 11 estudios que evaluaron la gravedad del duelo, los cuatro que intervinieron con TBM (dos con TCBM y dos con ATTEND) refirieron mejoras significativas para el duelo y las respuestas traumáticas, a excepción de uno, que no logró efectos significativos (O'Connor et al., 2014). Los tres que aplicaron TCS encontraron una mejora significativa de la gravedad del duelo tras la intervención, mantenida en seguimientos en uno de ellos (Lichtenthal et al., 2019). Los dos estudios que probaron la eficacia de AC registraron una reducción significativa del estrés postraumático tras la intervención y en seguimiento. Uno de ellos también encontró mejoras significativas en el duelo (Papa et al., 2013), mientras que el otro lo hizo para la rumiación sobre el mismo (Eisma et al., 2015). TBD-F reportó una reducción significativa del duelo y ACT autoadministrada, un tamaño del efecto pequeño, ambos mantenidos en seguimiento. Los cuestionarios más utilizados fueron Inventory of

Complicated Grief (ICG; Prigerson et al., 1995) y Prolonged Grief 13 (PG-13; Prigerson et al., 2009).

3.6.2. Calidad de vida

Cinco estudios evaluaron la calidad de vida, siendo los cuestionarios más utilizados Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985) y Numerical Rating Scale-Quality of Life (QoL-NRS). Todas las investigaciones que probaron TEC encontraron mejoras significativas en la calidad de vida post intervención y en seguimiento. Para el caso de ACT autoadministrada, los efectos no supusieron mejoras significativas, mientras que TCS (Lichtenthal et al., 2019) logró alcanzar la significación y mantuvo los efectos en seguimiento. Las medidas cualitativas reflejadas por Piazza-Bonin et al. (2016a, 2016b) pueden ser interpretadas en la misma dirección, mostrando que THE mejoró la motivación para vivir y la sensación de bienestar, además del funcionamiento global.

3.6.3. Ansiedad

La ansiedad fue evaluada en 10 estudios, frecuentemente como subescala dentro del estrés psicológico. Nueve de las investigaciones encontraron mejoras significativas, con AC, TEC, modelo ATTEND (TBM), TCBM (Huang et al., 2019) y ACT (estándar y autoadministrada). Además, se conoce el mantenimiento de los efectos en seguimiento en uno de los ensayos que probó TEC (Kögler et al., 2015). El estudio restante no registró efectos significativos aplicando TCS (Lichtenthal et al., 2019). El cuestionario más utilizado fue Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), aunque hubo escasa homogeneidad en la forma de evaluación.

3.6.4. Depresión

Los 12 estudios que evaluaron la presencia de síntomas depresivos o de variables asociadas a la depresión, como la rumia depresiva, el afecto negativo o la desesperanza, encontraron mejoras significativas, a excepción de Thurn et al. (2015). Las investigaciones que mejoraron la sintomatología depresiva aplicaron AC, TEC (Fegg et

al., 2013; Kögler et al., 2015), TCBM, TCS (Koda et al., 2023; Lichtenthal et al., 2019), modelo ATTEND (TBM) y ACT autoadministrada. Los efectos se mantuvieron en seguimiento con TEC (Kögler et al., 2015) y TCS (Lichtenthal et al., 2019). El cuestionario más utilizado fue Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), dentro una extensa variedad de medidas estandarizadas.

3.6.5. Otros resultados

Algunos de los estudios incluyeron la medición de factores relacionados con características específicas de la terapia, como la aceptación, la atención plena, el sentimiento de significado vital o el crecimiento postraumático, entre otras.

En primer lugar, Applebaum et al. (2022a, 2022b) comprobaron que la aplicación de TCS disminuye el estrés existencial, generando un mayor sentimiento de significado, propósito y validación emocional; mejorando la conexión con el enfermo y la trascendencia existencial; y recontextualizando el rol de cuidador dentro de la identidad personal. Lichtenthal et al. (2019) también registraron una mejora de la conexión con el enfermo, en este caso fallecido, con TCS, al igual que Applebaum et al. (2022a, 2022b). Además, TCS promovió un mayor sentimiento de significado vital y favoreció el crecimiento postraumático.

En segundo lugar, Davis et al. (2020) midieron la aceptación, entendida como la ausencia de evitación experiencial, que se incrementó tras la aplicación de ACT autoadministrada, aunque con un tamaño del efecto pequeño. Malmir et al. (2017) mostraron que ACT incrementa el sentimiento de esperanza durante el proceso de duelo.

Por último, Kögler et al. (2015) analizaron los efectos de TEC mediados por mindfulness, concluyendo que el nivel de atención plena correlaciona positivamente con la mejora de las variables restantes que trabaja la terapia.

3.6.8. Adherencia a la intervención

Todos los estudios excepto uno (Villagómez-Zavala et al., 2020) reflejaron la adherencia de los participantes a las intervenciones. La tasa de abandono fue, para la

mayoría de los tratamientos, inferior al 20%, con distintos niveles de exigencia de asistencia a sesiones según la estructura de cada terapia. Tres estudios registraron tasas de abandono altas, de en torno al 50% de la muestra (Davis et al., 2020; Eisma et al., 2015; Lichtendhal et al., 2019).

3.6.9. Satisfacción con la intervención

Nueve de los estudios incluyeron la evaluación de la satisfacción de los participantes con la intervención, encontrando en general un nivel moderado-alto, a excepción del estudio de Eisma et al. (2015), que reflejó un nivel de satisfacción bajo. Las medidas empleadas fueron cuestionarios específicos (Davis et al., 2020; Eisma et al., 2015; Fegg et al., 2013; Koda et al., 2023; Lichtendhal et al., 2019; Papa et al., 2013), preguntas cualitativas (Applebaum et al., 2022a, 2022b) o entrevistas (Cacciatore et al., 2014; Piazza-Bonin et al., 2016a, 2016b).

3.7. Limitaciones

Todos los estudios presentaron una serie de limitaciones. Las muestras estuvieron compuestas en todas las investigaciones por personas en proceso de duelo, tanto actual como anticipatorio, aunque fueron heterogéneas en cuanto a los criterios utilizados para su diagnóstico. La mitad de los estudios emplearon criterios fenomenológicos, mientras que los restantes utilizaron medidas estandarizadas. La heterogeneidad de la muestra también aumentó a consecuencia de las diferencias en la relación de los dolientes con el fallecido (principalmente, padres o madres, hijos o hijas o parejas), tanto intra-estudio como entre-estudios. Además, en algunos de los estudios que intervinieron sobre el duelo anticipatorio, el fallecimiento se produjo durante la terapia, en momentos no controlados. Todas las investigaciones estuvieron sesgadas por sexo, y en algunas, la selección de la muestra fue conveniente y no representativa (Applebaum et al., 2022a, 2022b; Malmir et al., 2017; Thieleman et al., 2014).

Respecto al diseño, la mayor parte de los estudios revisados aleatorizaron la asignación de los participantes a las condiciones de tratamiento y utilizaron un grupo control, generalmente con tratamiento estándar. Dos estudios incluyeron un grupo

control con los pacientes en lista de espera y, solo uno, sin intervención. Más de la mitad de los estudios revisados incluyeron seguimiento a medio-largo plazo. Los tamaños de muestra fueron pequeños-medios, limitando en algunos casos la potencia de detección de los efectos del tratamiento (Eisma et al., 2015; O'Connor et al., 2014; Papa et al., 2013). Exceptuando los ECAs, los estudios restantes incurrieron en un sesgo por falta de aleatorización de los participantes a las condiciones de tratamiento, compensado con un análisis adecuado de diseño intra-sujeto. El enmascaramiento de los terapeutas no fue posible en ninguna de las investigaciones, siendo esta una limitación intrínseca a los estudios que aplican intervenciones psicológicas. La generalización de los resultados fue limitada a priori en los ensayos abiertos (Koda et al., 2023; Lichtenthal et al., 2019). El análisis estadístico de uno de los estudios no fue reflejado con suficiente sistematicidad (Villagómez-Zavala et al., 2020).

4. Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática es analizar en qué medida la intervención del proceso de duelo desde las terapias existenciales presenta afinidades e ingredientes similares a los de la intervención desarrollada desde las nuevas terapias de tercera generación. Precisamente, se eligió el proceso de duelo como tema de estudio por tratarse de un problema susceptible de ser analizado existencial y contextualmente. El duelo representa la fenomenología de la confrontación con la preocupación existencial que supone la muerte (Yalom, 1980), y al mismo tiempo, las respuestas de “duelo normal” y las de “duelo complejo persistente” (DSM 5; APA, 2014) ejemplifican con claridad la dimensión funcional que plantea el trastorno de evitación experiencial. Nótese que, aunque el fundamento teórico expuesto sustente la existencia de afinidades entre las terapias existenciales y contextuales, la presente revisión únicamente explora los ingredientes similares y la eficacia de las terapias aplicadas al duelo.

Para efectuar el análisis, se definieron unos criterios de búsqueda ajustados al objetivo, sin constancia de que otros trabajos de revisión hayan estudiado el tema en los últimos años. Se identificó un alto número de publicaciones sobre la intervención del proceso de duelo actual o anticipado, y con metodología cuantitativo y/o cualitativa, desde las terapias existenciales y contextuales, incluyéndose diecinueve artículos en la

revisión. Se excluyeron aquellos estudios cuyos participantes fueran pacientes de cáncer o cuidadores de pacientes que no se encontraran en cuidados paliativos, al objeto de asegurar la presencia del proceso de duelo y homogeneizar la muestra. También se excluyeron los estudios que analizaran procesos de duelo no relacionados con la muerte, con el propósito de aumentar la precisión conceptual; y aquellos que incluyeran terapia psicológica combinada con intervención farmacológica, para evitar contaminar las conclusiones específicas sobre los efectos de las terapias.

Las investigaciones revisadas fueron únicamente aquellas de acceso abierto provenientes de las bases de datos anteriormente detalladas, limitando el número de trabajos a revisar sobre los inicialmente identificados y potencialmente relevantes. Además de la heterogeneidad de la muestra derivada de los distintos tipos de relación del doliente con el fallecido y los momentos de fallecimiento no controlados, algunos estudios reclutaron participantes con sintomatología previa de duelo o ansiedad, mientras que otros no utilizaron medidas estandarizadas para la determinación del proceso de duelo, dificultando la comparación entre las investigaciones. La sistematicidad en la identificación del duelo problemático también se vio comprometida, en algunos estudios, a consecuencia de la aplicación de la intervención en el momento exacto en el que se producía la pérdida, limitando la discriminación entre una respuesta adaptativa de estrés agudo y una desadaptativa coherente con el TEE. Según la literatura, el tratamiento psicológico estructurado solo debería aplicarse al duelo patológico, pudiendo incluso interferir en el proceso de duelo normal (Fernández-Alcántara et al., 2017). Las terapias revisadas fueron variadas, pudiendo comprometer la generalización de las conclusiones, aunque en este aspecto no se limitaron los criterios de búsqueda, entendiendo la diversidad como reflejo de la prolífica tradición existencial y contextual y en línea con el objetivo de estudio.

Las investigaciones revisadas, teniendo presentes sus limitaciones, demostraron la eficacia de la intervención psicológica existencial y contextual para procesos de duelo actual o anticipatorio (con esperanza de vida menor a 6 meses). Dichos resultados son congruentes con la adecuación teórica y la aplicabilidad recogida en la literatura de las terapias existenciales (van Deurzen, 2023) y contextuales (Cruz Gaitán et al., 2017; Luciano Soriano y Cabello Luque, 2001) para el tratamiento del duelo. Algunas revisiones ya apuntaban a la eficacia de terapias existenciales como la TCS para los

pacientes en cuidados paliativos (Terao y Satoh, 2022), aunque con evidencia escasa y poco rigor metodológico; y para las terapias de tercera generación en casos de estrés postraumático (Benfer et al., 2021).

Todos los estudios que midieron los efectos de la terapia sobre el duelo resultaron eficaces para el tratamiento de este, tanto desde la perspectiva existencial como desde la contextual. Las afinidades presentadas entre dichas terapias en su aplicación práctica estribaron principalmente en la aceptación del malestar producido por la muerte y la búsqueda de una dirección vital, en línea con las afirmaciones de Pérez-Álvarez (2014). La primera, consistente en el autodistanciamiento, que permita coexistir con los pensamientos, emociones y sensaciones asociadas a la experiencia de duelo; y la segunda, en la autotranscendencia o responsabilización del individuo sobre su problemática, en base al compromiso con actividades. Ambos enfoques tuvieron en común el empleo de ejercicios experienciales para su puesta en práctica.

La calidad de vida, entendida como reflejo de una mejora en la satisfacción y el funcionamiento diario, a pesar de la posible presencia de estimulación aversiva (Diener et al., 1985), fue examinada y mejorada principalmente en terapias existenciales. La mayor parte de los estudios con terapias contextuales no comprobaron los efectos sobre la calidad de vida, siendo esto, en cierta medida, incongruente con su conceptualización teórica. Por un lado, el enfoque de ACT aboga por la transformación de las funciones de los estímulos aversivos presentes, a través de enmarcarlos en jerarquía con reforzadores positivos abstractos que delimiten las acciones comprometidas a ejecutar (Gil-Luciano et al., 2019); por otro lado, AC propone el compromiso con actividades que proporcionen acceso a reforzadores naturales, a pesar del malestar (Pérez-Álvarez, 2006). Sin embargo, las terapias existenciales eficaces para la mejora de la calidad de vida compartieron la activación de fuentes de significado y la planificación de respuestas en base a ellas, equivalentes al planteamiento contextual anteriormente comentado.

La afinidad entre ambos modelos terapéuticos para el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva parece haber radicado en la activación de respuestas adaptativas en dirección a los valores o el significado. Bien es cierto que, en la mayor parte de las investigaciones que redujeron la ansiedad, tanto existenciales como

contextuales, se introdujo entrenamiento en atención plena. Sus efectos mediadores, comprobados específicamente en el estudio de Kögler et al. (2015), pueden ser explicados, según Shapiro et al. (2006), por: (1) la facilitación de la flexibilidad psicológica, o si se prefiere, de la respuesta adaptativa en los diferentes contextos, (2) la exposición a eventos privados aversivos sin evitación y (3) la observación de los valores propios o significados individuales.

Muchas de las investigaciones reflejaron los efectos de la psicoterapia sobre la ansiedad y la depresión, pareciendo esto contrariar sus perspectivas no focalizadas en la reducción del síntoma. Sin embargo, la depresión y la ansiedad son problemas existenciales antes que clínicos, que ponen de relieve los problemas de la vida y suponen situaciones-límite que evidencian nuestra forma de “ser en el mundo” (Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015). En línea con los planteamientos de Jaspers y Heidegger, tanto la psicoterapia existencial como la contextual son afines en entender que el aburrimiento (o la depresión) y la angustia (o la ansiedad) son experiencias que ponen de relieve situaciones de ruptura o desmoronamiento de la vida, como la pérdida (Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015). Dicho planteamiento sostiene la necesidad de aceptación y compromiso o autodistanciamiento y autotrascendencia que proponen ambas terapias.

La mayor parte de las investigaciones no incluyeron la medición de variables específicas relacionadas con los constructos teóricos en los que se basan, a excepción del significado en TCS (LAP-R; Reker y Peacock, 1981) y la aceptación en uno de los estudios con ACT (AAQ-II; Bond et al., 2011). Dicho aspecto limita la extracción de conclusiones sobre los principios terapéuticos que explican el funcionamiento de cada terapia. Asimismo, siendo la relación terapéutica, o si se prefiere, alianza terapéutica, un factor responsable del cambio común a las diferentes psicoterapias (Wampold, 2015), y dada su relevancia teórica para las terapias existenciales y contextuales, resulta llamativo que únicamente haya sido monitorizada en el estudio de Piazza-Bonin et al. (2016a, 2016b). El análisis de la conducta clínicamente relevante en la FAP y el moldeado de la flexibilidad psicológica en ACT se realizan ambos en el contexto de una relación terapéutica íntima, compasiva y no directiva (Luciano Soriano y Cabello Luque, 2001). De forma similar, la psicoterapia existencial enfatiza la necesidad de entrar en la experiencia del consultante pausando las perspectivas propias, a través de la

empatía, presencia y comunicación genuina, que permitan al terapeuta percibir la saliencia de los problemas existenciales (Yalom, 1980).

Resulta relevante destacar la TEC, una de las terapias revisadas, para constatar las afinidades entre las terapias existenciales y contextuales, dado que su protocolo de intervención se basa en la integración de ambos enfoques terapéuticos. Siguiendo la estructura planteada por Fegg et al. (2013), la terapia incluye ingredientes psicoterapéuticos existenciales, como la discusión sobre preocupaciones existenciales y la búsqueda de significados; y contextuales, como el compromiso con acciones y el entrenamiento en mindfulness para promover la aceptación. Otros de los estudios revisados que aplicaron TEC utilizaron mindfulness como ingrediente terapéutico principal, en línea con el reciente interés de la psicología existencial por integrar el mindfulness en su aplicación práctica (Harris, 2013). El mindfulness facilitaría la observación por parte del consultante de su experiencia propia, al igual que promueven los ejercicios experienciales, incluidos en la mayor parte de terapias existenciales y contextuales revisadas. Dicho interés puede ser entendido como una forma de ampliar las herramientas terapéuticas disponibles coherentes con la fundamentación teórica existencial, constatando su afinidad con los principios contextuales.

La mayor parte de los estudios emplearon medidas estandarizadas adecuadas para el registro de los efectos de la intervención. Sin embargo, ninguno de los estudios utilizó la observación y los autorregistros como métodos de evaluación, a excepción de Applebaum et al. (2013) y Piazza-Bonin et al. (2016a, 2016b), que utilizaron entrevistas cualitativas. Dado el fundamento teórico de las intervenciones revisadas, sería pertinente la evaluación mediante métodos que permitan describir las conductas y los contextos de los participantes de forma amplia e ideográfica. Es necesario considerar que, aunque la evaluación cualitativa presente limitaciones en su fiabilidad, los cuestionarios estandarizados también son objeto de problemas de fiabilidad y validez.

Las conclusiones sobre la eficacia y la existencia de afinidades entre las terapias existenciales y contextuales para el duelo deben tener en cuenta las limitaciones metodológicas de las investigaciones revisadas. Los diseños empleados se ajustaron al objetivo de estudio y, en su mayoría, presentaron aleatorización de los participantes a las condiciones de tratamiento y grupo control. La aplicación de tratamiento estándar

como placebo es, a priori, óptima, dada su credibilidad para los participantes, aunque en ninguna de las investigaciones se especificó su contenido. Por tanto, la generalización de los resultados a la población general se encuentra principalmente comprometida por la heterogeneidad de la muestra anteriormente comentada.

5. Conclusiones

Desde las terapias existenciales y contextuales, el duelo se entiende como una problemática existencial antes que clínica, mantenida por la dimensión funcional de la evitación experiencial. Los resultados de los estudios revisados apoyan la eficacia de la intervención desde ambos modelos terapéuticos, a través de las mejoras significativas tras el tratamiento encontradas para distintas variables implicadas en la manifestación del duelo. Pese a la elevada heterogeneidad de las terapias psicológicas analizadas, la necesidad de aceptación y compromiso o autodistanciamiento y autotrascendencia está presente como ingrediente común a todas ellas. Dichos hallazgos implican que las afinidades entre las terapias existenciales y las contextuales recogidas en la literatura se encuentran presentes en las investigaciones recientes para la intervención psicológica del duelo.

Los resultados de los estudios revisados sugieren la eficacia y afinidad entre las terapias existenciales y contextuales para el duelo. Sin embargo, las limitaciones debidas a la heterogeneidad de la muestra y la escasez de medidas específicas de los principios terapéuticos que explican el funcionamiento de las terapias dificultan la generalización de las conclusiones. Se requiere más investigación, con mayor representatividad de la muestra y exhaustividad de las medidas de cambio. Se sugiere el análisis de las afinidades entre las terapias existenciales y contextuales aplicadas a la intervención de otras problemáticas psicológicas, al objeto de aumentar la fiabilidad de las presentes conclusiones. Dadas las similitudes encontradas, se estima prometedora la integración práctica de principios y estrategias existenciales y contextuales en nuevos desarrollos terapéuticos, como ya ha sido propuesto en la Terapia Existencial-Conductual.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5.ª ed.). Panamericana.
- Applebaum, A. J., Baser, R. E., Roberts, K. E., Lynch, K., Gebert, R., Breitbart, W. S. y Diamond, E. L. (2022a). Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers: A pilot trial among caregivers of patients with glioblastoma multiforme. *Translational Behavioral Medicine*, *12*(8), 841-852. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibac043>
- Applebaum, A. J., Roberts, K. E., Lynch, K., Gebert, R., Loschiavo, M., Behrens, M., Walsh, L. E., Polacek, L. C., Diamond, E. L. y Breitbart, W. S. (2022b). A qualitative exploration of the feasibility and acceptability of Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers. *Palliative & Supportive Care*, *20*(5), 623-629. <https://doi.org/10.1017/S1478951521002030>
- Barraca Mairal, J. y Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.
- Benfer, N., Spitzer, E. G. y Bardeen, J. R. (2021). Efficacy of third wave cognitive behavioral therapies in the treatment of posttraumatic stress: A meta-analytic study. *Journal of Anxiety Disorders*, *78*(102360). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102360>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011) Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. Basic Books.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Osborn, J. y Orlowski, K. (2014). Of the soul and suffering: Mindfulness-based interventions and bereavement. *Clinical Social Work Journal*, *42*, 269-281. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0465-y>
- Cooper, M. (2017). *Existential Therapies*. Sage.

- Cruz Gaitán, J. I., Reyes Ortega, M. A. y Corona Chávez, Z. I. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. El Manual Moderno.
- Davis, E. L., Deane, F. P., Lyons, G. C., Barclay, G. D., Bourne, J. y Connolly, V. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 322-339. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105317715091>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Doering, B. K. y Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 286–291. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000263>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A., Lancee, J. y Stroebe, M. S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>
- Fegg, M. J., Brandstätter, M., Kögler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, V., Küchenhoff, H., Hentrich, M., Belka, C. y Borasio, G. D. (2013). Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2079-2086. <https://doi.org/10.1002/pon.3260>
- Feigelman, W., Gorman, B. S. y Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33(7), 591-608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>
- Fernández-Alcántara, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A. y Cruz-Quintana, F. (2017) Grieving and loss processes: latest findings and complexities / Actualidad

- y complejidad de los procesos de duelo y pérdida. *Estudios de Psicología*, 38(3), 561-581. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1328210>
- Franke, G. H. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI) by Derogatis. Short form of the SCL-90-R. *Beltz Test*.
- Frankl, V. E. (1986). *The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy*. (R. Winton y C. Winton, Trad.). Vintage Books. (Trabajo original publicado en 1946).
- Frankl, V. E. (2015). *El hombre en busca de sentido*. (Comité de traducción al español, Trad.). Herder. (Trabajo original publicado en 1946).
- García-Haro, J. (2022). La terapia de aceptación y compromiso como terapia existencial a la luz de la filosofía de Ortega. *Eikasía Revista de Filosofía*, (107), 299-316. <https://doi.org/10.57027/eikasias.107.308>
- Ghezalfeh, T. N., Seyedfatemi, N., Bolhari, J., Kamyari, N. y Rezaei, M. (2023). Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04715-x>
- Gil-Luciano, B., Calderón, T., Tovar, D., Sebastián, B. y Ruiz, F. J. (2019). How are triggers for repetitive negative thinking organized? A relational frame analysis. *Psicothema*, 31(1), 53-59. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.133>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. y Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. En R. E Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189-212). Springer-Verlag.
- Harris, W. (2013). Mindfulness-based existential therapy: Connecting mindfulness and existential therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(4), 349-362. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.844655>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Press.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. (J. Macquarrie y E. S. Robinson, Trad.). Harper and Row. (Trabajo original publicado en 1927).
- Huang, F. Y., Hsu, A. L., Hsu, L. M., Tsai, J. S., Huang, C. M., Chao, Y. P., Hwang, T. J. y Wu, C. W. (2019). Mindfulness improves emotion regulation and executive control on bereaved individuals: an fMRI study. *Frontiers in Human Neuroscience, 12*(541). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00541>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jaspers, K. (1967). *Psicología de las concepciones del mundo*. (M. Marín Casero, Trad.). Gredos. (Trabajo original publicado en 1919).
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I. y O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 253*, 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Kierkegaard, S. (1941) *Sickness unto death*. (W. Lowrie, Trad.). Princeton. (Trabajo original publicado en 1849).
- Koda, R., Fujisawa, D., Kawaguchi, M. y Kasai, H. (2023). Experience of application of the meaning-centered psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer – A mixed-method study. *Palliative and Supportive Care, 21*(4), 594-602. <https://doi.org/10.1017/S147895152200150X>
- Kögler, M., Brandstätter, M., Borasio, G. D., Fensterer, V., Küchenhoff, H. y Fegg, M. J. (2015). Mindfulness in informal caregivers of palliative patients. *Palliative & Supportive Care, 13*(1), 11-18. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000400>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. Plenum Press.

- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203010495>
- Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y. y Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative & Supportive Care*, 17(1), 2-12.
<https://doi.org/10.1017/S1478951518000925>
- Luciano Soriano, M. C. y Cabello Luque, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 399-424.
- Luciano Soriano, M. C. y Valdivia Salas, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Malmir, T., Jafari, H., Ramezanzadeh, Z. y Heydari, J. (2017). Determining the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on life expectancy and anxiety among bereaved patients. *Materia Socio-Medica*, 29(4), 242-246.
<https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.242-246>
- Mendelowitz, E. y Schneider, K. (2008). Existential psychotherapy. En R. J. Corsini y D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 295-327). Brooks/Cole.
- O'Connor, M., Piet, J. y Hougaard, E. (2014). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms in elderly bereaved people with loss-related distress: A controlled pilot study. *Mindfulness*, 5(4), 400-409.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0194-x>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>

- Papa, A., Sewell, M. T., Garrison-Diehn, C. y Rummel, C. (2013). A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy*, 44(4), 639-650.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.009>
- Parkes, C. M. (1970) The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33(4), 444-467.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1970.11023644>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2), 189–201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 15-33.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Piazza-Bonin, E., Neimeyer, R. A., Alves, D., Smigelsky, M. y Crunk, E. (2016a). Innovative moments in humanistic therapy I: Process and outcome of eminent psychotherapists working with bereaved clients. *Journal of Constructivist Psychology*, 29(3), 269-297. <https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1118712>
- Piazza-Bonin, E., Neimeyer, R. A., Alves, D. y Smigelsky, M. (2016b). Innovative moments in humanistic therapy II: Analysis of change processes across the course of three cases of grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 29(3), 298-317. <https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1118713>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G.,

- First, M. B. y Maciejewski, P. K. (2009) Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. I., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. y Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Reker, G. T. y Peacock, E. J. (1981). The Life Attitude Profile (LAP): a multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 13(3), 264–273. <https://doi.org/10.1037/h0081178>
- Sabucedo, P. (2019). Acceptance and commitment therapy (ACT) and humanistic psychotherapy: An integrative approximation. *British Journal of Guidance and Counselling*. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1597016>
- Schneider, K. J. (2016). Existential-integrative therapy: Foundational implications for integrative practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 49-55. <https://doi.org/10.1037/a0039632>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). Guilford.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shear, K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29(3), 10–14. <https://doi.org/10.1080/02682621.2010.522373>
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M. y Zisook, S. (10 de noviembre de 2021) Prolonged grief disorder in adults: Epidemiology, clinical features, assessment,

- and diagnosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/prolonged-grief-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
- Simon, L., Greenberg, J., Harmon-Jones, E., Solomon, S., Pyszczynski, T., Arndt, J. y Abend, T. (1997). Terror management and cognitive-experiential self-theory: evidence that terror management occurs in the experiential system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1132-1146.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.5.1132>
- Stroebe, M. S. y Schut, H. (2001). Meaning making in the Dual Process Model. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 55–73). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-003>
- Terao, T. y Satoh, M. (2022). The present state of existential interventions within palliative care. *Frontiers in Psychiatry*, 12(811612).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.811612>
- Thieleman, K., Cacciatore, J. y Hill, P. W. (2014). Traumatic bereavement and mindfulness: A preliminary study of mental health outcomes using the ATTEND model. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 260-268.
<https://doi.org/10.1007/s10615-014-0491-4>
- Thurn, T., Brandstätter, M., Fensterer, V., Küchenhoff, H. y Fegg, M. J. (2015). Existential behavioral therapy for informal caregivers of palliative patients: Barriers and promoters of support utilization. *Palliative & Supportive Care*, 13(3), 757-766. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000546>
- van Deurzen, E. (2012). *Existential counselling and psychotherapy in practice*. Sage.
- van Deurzen, E. (2023). Existential Therapy for Grief. En Steffen, E. M., Milman, E. y Neimeyer, R. A. (Eds.), *The Handbook of Grief Therapies* (pp. 69-77). Sage.
- Villagómez-Zavala, P. G., Ornelas-Tavares, P. E., Franco-Chávez, S. A., Gutiérrez-Castillo, L. A. y Martínez-Becerra, A. K. (2020). Evaluación de la espiritualidad en pacientes con duelo utilizando la terapia de aceptación y compromiso en la Clínica de Duelo por Suicidio del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Salud Bosque*, 10(1), 22-30.
<https://doi.org/10.18270/rsb.v10i1.2901>

- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 159-166. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/jwetherell>
- Wong, P. T. (2013). From logotherapy to meaning-centred counselling and therapy. En P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (pp. 619-647). Routledge.
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.