

## Tratamientos online para el TEPT tras la pérdida de un ser querido: Un meta-análisis

### Web-based treatments for PTSD after bereavement: A meta-analysis

Jose Luis Vicente-Escudero , Belén Sánchez-Navarro   
Facultad de Psicología, Universidad de Murcia

#### Resumen

En ocasiones, tras la pérdida de un ser querido, las personas pueden desarrollar sintomatología post-traumática, y los tratamientos online pueden ayudar a reducirla. Se realizó un meta-análisis de los tratamientos online basados en la web para reducir el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y otra sintomatología en personas que han perdido a un ser querido. Se realizó una búsqueda a través de cinco bases de datos entre los años 2010 y 2022. También se realizó una búsqueda manual. Se incluyeron 13 artículos en el meta-análisis, los cuales aportaron 14 grupos de intervención y 13 grupos comparativos. Los tamaños del efecto para el TEPT, duelo complicado, ansiedad y depresión fueron moderados. Se concluye que los programas de tratamiento online para personas que han perdido a un ser querido son eficaces para reducir el TEPT y otra sintomatología, aunque todavía se deberían estudiar los efectos de la combinación de algunos tratamientos.

**Palabras Clave:** duelo, trastorno de estrés post-traumático, tratamientos online, meta-análisis

#### Abstract

Sometimes, after the loss of a loved one, people can develop posttraumatic symptomatology, which web-based treatments can help to reduce. We conducted a meta-analysis of web-based online treatments for reducing PTSD and other symptomatology in people who have lost a loved one. Five databases were searched between 2010 and 2022. A manual search was also performed. The meta-analysis included 13 articles which provided 14 intervention groups and 13 comparative groups. Effect sizes for PTSD, complicated grief, anxiety and depression were moderate. Our conclusion is that web-based programs for people who have lost a loved one are effective in reducing PTSD and other symptomatology, although the effects of certain treatment combinations should still be studied.

**Keywords:** grief, post-traumatic stress disorder, web-based treatment, meta-analysis

Cómo citar: Vicente-Escudero, J. L., & Sánchez-Navarro, B. (2023). Tratamientos online para el TEPT tras la pérdida de un ser querido: Un meta-análisis. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 16(2), 112-122. <https://doi.org/10.24310/escpsi.16.2.2023.16927>

Correspondencia: José Luís Vicente-Escudero, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 31, Murcia, España. E-mail: [jose Luis.vicente@um.es](mailto:jose Luis.vicente@um.es)

## Introducción

Perder a un ser querido a menudo inicia una reacción de duelo que permite a los individuos adaptarse a la pérdida y afrontar la nueva realidad de la vida (Jordan y Litz, 2014). Esta reacción, que a menudo se acompaña de una gran angustia emocional, suele disminuir con el tiempo y su expresión varía entre culturas (Simon et al., 2020). Sin embargo, estas reacciones de duelo pueden derivar en ocasiones en duelo complicado, el cual se prolonga más de 12 meses tras la pérdida y se caracteriza por anhelos y preocupaciones persistentes por la persona fallecida, intensa angustia emocional, anhedonia e incapacidad para aceptar la pérdida (American Psychiatric Association, 2013). De forma general las personas suelen atravesar una serie de fases hasta concluir el proceso de duelo, y estas fases varían en función del modelo teórico (Neimeyer, 2019). En ocasiones, las personas que atraviesan un proceso de duelo pueden presentar síntomas de trastorno de estrés post-traumático (TEPT) (Litz et al., 2014), caracterizado principalmente por la presencia de síntomas de intrusión, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y alteraciones de la alerta y reactividad, asociadas a un suceso traumático (American Psychiatric Association, 2013).

Algunas investigaciones informan que las personas que han perdido a un ser querido tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas de TEPT (Djelantik et al., 2021) y al mismo tiempo, esta sintomatología post-traumática se asocia con un mayor riesgo de presentar duelo complicado (Wen et al., 2022). Además, la ausencia de los síntomas de TEPT y depresión, parece asociarse a una mejor adaptación tras la pérdida de un ser querido (Giannopoulou et al., 2021).

Los tratamientos psicológicos basados en la web han mostrado su eficacia en numerosos estudios de meta-análisis, disminuyendo diversos problemas psicológicos, además de ser económicamente viables y poder administrarse a una gran cantidad de población (Mitchell et al., 2021).

Estudios meta-analíticos (Zuelke et al., 2021) que se centraron en analizar la eficacia de las intervenciones basadas en la web para personas con duelo complicado, mostraron que estas son eficaces para reducir la sintomatología de TEPT ( $g = .82$ ;  $I^2 = 0\%$ ;  $k = 6$ ) y los síntomas de duelo complicado ( $g = .54$ ;  $I^2 = 48.75\%$ ;  $k = 7$ ).

Debido a que actualmente no existe ningún meta-análisis que analice la eficacia de las intervenciones basadas en la web que se hayan centrado principalmente en la sintomatología post-traumática de las personas que han perdido a un ser querido, y a la proliferación de este tipo de intervenciones en los últimos años, se hace necesario desarrollar este estudio, cuyo objetivo es realizar un meta-análisis sobre la eficacia de los programas de intervención psicológica administrados mediante la web para reducir los síntomas de TEPT en personas que han perdido un ser querido.

## Método

Se realizó una revisión sistemática y un meta-análisis siguiendo el formato de presentación y directrices propuestos por la declaración PRISMA (Page et al., 2021).

### Criterios de selección de los estudios

Cada estudio tuvo que cumplir los siguientes criterios PICO (*Patient, Intervention, Comparisson, Outcomes*): a) Adultos entre 18-65 años expuestos a la pérdida de un ser querido; b) Intervención psicológica administrada en formato online mediante una página web; c) Aportar al menos un grupo de tratamiento y otro comparativo; d) Los resultados debían aportar al menos una medida única y cuantitativa de sintomatología TEPT y los datos estadísticos necesarios para calcular el tamaño del efecto; e) Diseños experimentales o cuasi-experimentales, redactados en inglés o español y que hayan sido publicados entre 2010 y 2022 (ambos incluidos).

### Estrategia de búsqueda

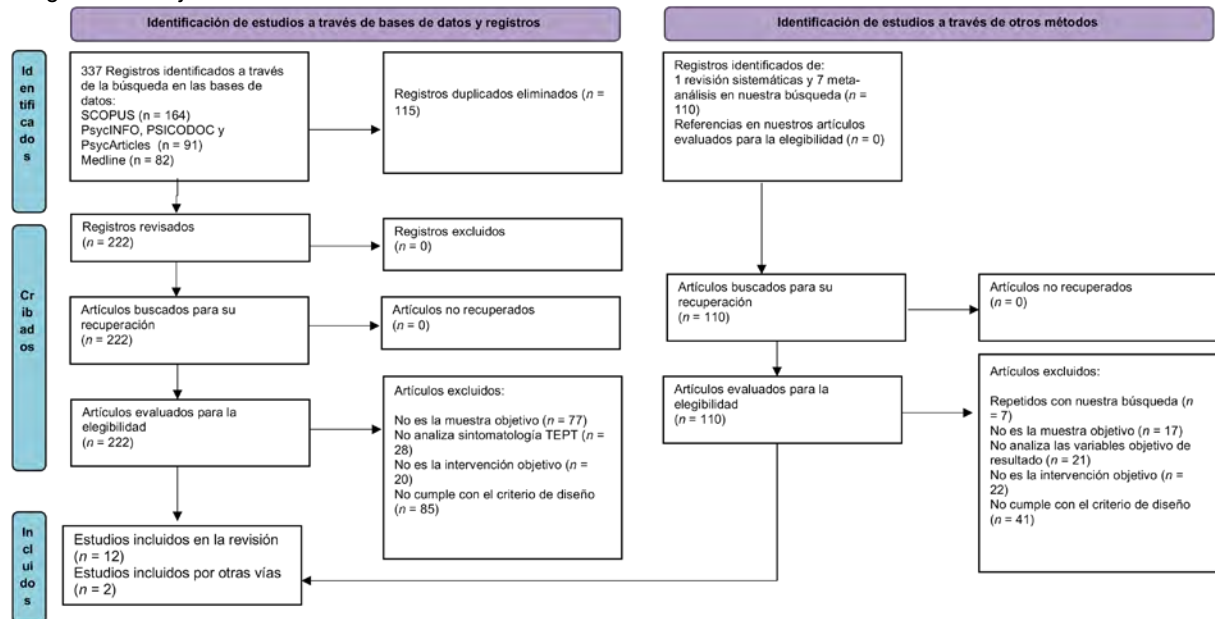
Para la localización de los estudios se utilizaron varias estrategias de búsqueda. En primer lugar, se consultaron las bases electrónicas SCOPUS, PsycINFO, PSICODOC, PsycARTICLES y Medline, comprendiendo los años 2010-2022. Se combinaron las palabras clave: [(*Internet based intervention*) OR (*Internet intervention*) OR (*Web based intervention*) OR (*Web intervention*) OR (*Online based intervention*) OR (*Online intervention*) OR (*Multimedia based intervention*) OR (*Multimedia intervention*) OR (*Internet based treatment*) OR (*Internet treatment*) OR (*Web based treatment*) OR (*Web treatment*) OR (*Online based treatment*) OR (*Online treatment*) OR (*Multimedia based treatment*) OR (*Multimedia treatment*) OR (*Internet based therapy*) OR (*Internet therapy*) OR (*Web based therapy*) OR (*Web therapy*) OR (*Online based therapy*) OR (*Online therapy*) OR (*Multimedia based therapy*) OR (*Multimedia therapy*)] AND [(*Adult\**) OR (*Young Adult*)] AND [(*PTSD*) OR (*Posttraumatic*) OR (*Post-traumatic*)]. En segundo lugar, se revisaron las referencias de algunos meta-análisis y revisiones sistemáticas (Ander-

sson et al., 2019; Ashford et al., 2016; Lee y Bowles, 2020; Simon et al., 2021; Wagner et al., 2020; Zuelke et al., 2021) Por último, las referencias de los estudios localizados e incluidos fueron revisadas. El diagrama de flujo representado en la figura 1 describe el proceso de búsqueda bibliográfica.

La estrategia de búsqueda produjo un total de 421 referencias. Una vez excluidas las referencias duplicadas, se revisaron por dos evaluadores independientes y a ciegas. El resultado del proceso de búsqueda permitió seleccionar 13 estudios (Bisson et al., 2022; Eisma et al., 2015; Ivarsson et al., 2014; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2011, 2013; Knaevelsrud et al., 2015; C. E. Lewis et al., 2017; Litz et al., 2014; Spence et al., 2014; Sveen et al., 2021; Wagner et al., 2022; Wang et al., 2013), aportando un total de 14 grupos de tratamiento y 13 grupos comparativos. El grado de concordancia entre los evaluadores fue satisfactorio (Kappa de Cohen = .748). Los desacuerdos se resolvieron por consenso.

**Figura 1**

Diagrama de flujo PRISMA 2020.



### Codificación de variables

Para examinar la posible influencia de las características de los estudios en los tamaños del efecto, se codificaron las siguientes variables:

(a) Aspectos generales: edad media, instrumento psicométrico para medir TEPT, Depresión, Duelo complicado y Ansiedad, porcentaje de mujeres y tipo de grupo comparativo; (b) Perfil socio-demográfico: país de la muestra, nivel educativo (alto, medio o bajo), situación laboral (trabajando o desempleados), convivencia (con pareja, sin pareja), estatus socio-económico (bajo, medio, alto) y porcentaje de sujetos en cada variable; (c) Perfil clínico de la muestra: porcentaje de sujetos con diagnóstico de TEPT, de otros diagnósticos, y sin diagnósticos; porcentaje de personas que han sufrido la pérdida de un ser querido (porcentaje de muestra que perdió a padres, cónyuge, hijos, u otros), o han sido expuestos a otros tipos de trauma; porcentaje de sujetos que tomaban medicación, y que estuvieran en tratamiento psicológico actualmente o en el pasado; (d) Características de los tratamientos online: vertiente teórica del tratamiento; número de módulos del programa; si el programa fue o no desarrollado exclusivamente para tratar la pérdida de un ser querido; componentes del programa (psicoeducación sobre el TEPT y sobre el duelo; reestructuración cognitiva; relajación; exposición real o imaginada; escritura de cartas al fallecido o persona relacionada; activación conductual; prevención de recaídas; afrontamiento del duelo o validación de las propias emociones; resignificación de valores o recolocación emocional del fallecido; tareas fuera del programa de tratamiento); implicación del terapeuta [alta (llamadas telefónicas o aplicación de contenidos), baja (chat, o recordatorios) o nula]; Intensidad del tratamiento (número de horas a la semana); duración del tratamiento (en semanas); y magnitud del tratamiento (total de horas por participante).

El grado medio de acuerdo entre codificadores fue del 94.05%. Las inconsistencias se resolvieron por consenso.

La calidad metodológica de los estudios incluidos se codificó mediante una adaptación de la escala PEDro (Verhagen et al., 1998) a 9 ítems valorados de forma dicotómica (1 cumple criterio; 0 no cumple criterio). Los ítems fueron:

(a) Criterios de selección claramente especificados; (b) Asignación al azar a los grupos; (c) Enmascaramiento del tratamiento; (d) Grupos similares al inicio, en relación a los indicadores de pronóstico más importantes; (e) Cegamiento de los evaluadores; (f) La mortalidad experimental no alcanzó el 15%; (g) Se presentaron los resultados de todos los sujetos, o si hubo pérdidas, se aplicó un análisis por intención de tratar (ITT); (h) Ausencia de sesgo de reporte; (i) Instrumentos validados psicométricamente.

El grado medio de acuerdo entre codificadores fue del 82.32%. Las inconsistencias se resolvieron por consenso.

### Análisis estadístico

El índice de tamaño del efecto empleado para los resultados de TEPT, Depresión, Duelo complicado y Ansiedad, fue el índice *d* de Cohen. Para calcularlo, se utilizaron medias, desviaciones típicas y *n* de sujetos en el post-test, comparando las variables de respuesta del grupo tratamiento con el grupo comparativo.

Se realizó un análisis descriptivo de las características de los estudios. Se calculó el tamaño del efecto medio y su intervalo de confianza al 95%, también para cada estudio individual. Los análisis se realizaron asumiendo un modelo de efectos aleatorios, ya que se consideran más realistas que los de efectos fijos (Cooper et al., 2009) y se esperaba encontrar una elevada heterogeneidad entre estudios.

Para examinar la heterogeneidad de los tamaños del efecto se calculó el estadístico *Q* de Cochran y el índice *I*<sup>2</sup>. Para valorar si el sesgo de publicación podría amenazar la validez del tamaño del efecto global encontrado en cada variable de respuesta, se aplicó el test de Egger.

Se examinó el posible influjo de variables moderadoras cualitativas y cuantitativas. Para las variables cualitativas se aplicaron ANOVAs de efectos mixtos. Para continuas se utilizaron modelos lineales de regresión, asumiendo efectos mixtos. Se aplicó un modelo de meta-regresión múltiple, incluyendo las variables moderadoras que resultaron significativas o marginalmente significativas, para incluir el sub-conjunto de variables moderadoras más relevantes que explicaran la variabilidad de los tamaños del efecto.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS v. 28 para Windows.

### Resultados

En el 57.1% de los estudios, toda la muestra estuvo expuesta exclusivamente a la pérdida de un ser querido y dentro de estos estudios, el 28.6% de los sujetos estuvieron expuestos a la muerte de un padre, y el 42.9% cada uno, a la muerte del cónyuge, de un hijo o de otro ser querido. En el 42.9% de estudios restantes, la muestra estuvo expuesta a otros tipos de traumas y no exclusivamente a la pérdida de un ser querido. La muestra se compuso de 587 sujetos en el post-test, con un tamaño muestral medio de 41.93 sujetos (*DT* = 27.24). En el 92.9% de los tratamientos, la vertiente teórica fue cognitivo-conductual, y el 7.1% fue social-cognitiva. El 100% siguió un protocolo manualizado y el 57.1% de los programas fueron desarrollados exclusivamente para tratar psicológicamente a las personas que perdieron un ser querido. El 75% incluyó un componente psicoeducativo, 71.4% de reestructuración cognitiva, 50% un componente de relajación, 35.7% de exposición (real o imaginada), 35.7% de escritura de cartas al fallecido o persona relacionada, de activación conductual, de prevención de recaídas y tareas para casa, 42.9% un componente de afrontamiento del duelo o validación de las propias emociones, y un 28.6% resignificación de valores o recolocación emocional del fallecido. En el 64.3% la implicación del terapeuta fue baja, en el 28.6% alta y en el 7.1% no hubo implicación. La intensidad media de los tratamientos fue de 1.11 horas/semana (*DT* = 0.34), la duración media fue de 6.64 semanas (*DT* = 2.59) y la magnitud media fue de 7.48 horas (*DT* = 4.08) (tabla 1).

**Tabla 1**

Descripción de las características de los estudios incluidos en el meta-análisis.

	Wagner, et al. (2022)	Kaiser, et al. (2022)	Sveen, et al. (2021)	Spence, et al. (2014)	Litz, et al. (2014)	Ivarsson, et al. (2014)	Wang, et al. (2013)	Kersting, et al. (2013)	Kersting, et al. (2011)	Bisson, et al. (2022)	Eisma, et al. (2015) Exposición	Eisma, et al. (2015) Activación	Knaevelsrud, et al. (2015)	Lewis, et al. (2017)
Tipo grupo comparativo	LE	LE	CA (psicoeducación)	CA (Online y exposición en vivo)	LE	LE	LE	LE	LE	CA (tratamiento presencial)	LE	LE	LE	LE
n Pre	140	87	21	125	84	62	197	228	78	196	35	29	159	42
n Post	100	81	17	110	74	54	151	199	29	160	25	21	94	32
M Edad (DT)	41.2 (12.74)	47.32 (14.01)	47.75 (5.65)	41 (11.4)	55.38 (10.33)	46 (11.7)	-	34.18 (5.15)	34.3 (5.34)	36.5 (13.4)	45.7 (12.9)	45.7 (12.9)	28.1 (7.3)	38.28 (12.85)
Cuestionario TEPT	IES-R	IES-R	PCL-5	IES-R	PCL-5	IES-R	PDS	IES-R	IES-R	IES-R	PSS	PSS	PDS	PCL-5
Cuestionario Depresión	BDI-II	PHQ-9	MADRS	PHQ-9	BDI-II	BDI-II	SCL	BSI	BSI	PHQ-9	HADS	HADS	HSCL-25	BDI-II
Cuestionario Duelo	ICG	ICG	PG-13	-	PG-13	-	-	ICG	ICG	-	ICG	ICG	-	-
Cuestionario Ansiedad	-	GAD-7	GAD-7	GAD-7	BAI	BAI	-	BSI	BSI	GAD-7	HADS	HADS	HSCL-25	BAI
País	Alemania	Alemania	Suiza	Australia	EEUU	Suiza	China	Alemania	Alemania	UK	Países Bajos	Países Bajos	Irak	UK
Nivel educativo	4.3% bajo; 22.9% medio; 72.9% alto	7% bajo; 24% medio; 69% alto	56% medio; 44% alto	10% bajo; 34% medio; 56% alto	7.1% medio; 90.6% alto	27.4% medio; 72.6% alto	36.5% bajo; 54% medio; 9.5% alto	4.4% bajo; 12.7% medio; 82.9% alto	9% bajo; 44.9% medio; 46.2% alto	16.3% bajo; 51% medio; 32.7% alto	40.4% medio; 59.6% alto	40.4% medio; 59.6% alto	12.2% bajo; 25.8% medio; 62% alto	14.2% bajo; 30.9% medio; 54.9% alto
Ocupación	-	-	80.5% trabajando; 19.5% no trabajando	57% trabajando; 43% no trabajando	57% trabajando; 43% no trabajando	56.5% trabajando; 43.5% no trabajando	-	-	-	-	-	-	30.5% trabajando; 69.5% no trabajando	73.7% trabajando; 26.3% no trabajando
Convivencia	49.3% en pareja; 50.7% solas	48% en pareja; 52% solas	-	42% en pareja; 58% solas	-	46.8% en pareja; 53.2% solas	62% en pareja; 38% solas	95.6% en pareja; 4.4% solas	96.2% en pareja; 3.8% solas	-	-	-	30.2% en pareja; 69.8% solas	52.4% en pareja; 47.6% solas
Estatus socio-económico	-	-	-	-	15.4% bajo; 47.7% medio; 36.9% alto	-	80% bajo; 11% medio; 9% alto	-	-	58.5% bajo; 38.8% medio; 2.7% alto	-	-	-	-
Diagnóstico	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico	100% insomnio	100% TEPT	100% Trastorno adaptativo	100% TEPT	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico	100% TEPT; 65.8% Ansiedad; 57.1% Depresión; 33.2% Migraña	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico	100% TEPT	100% TEPT
Tipo trauma	100% MSQ (25.7% padres; 20.7% cónyuge; 18.6% hijos; 35% otros)	100% MSQ (47% padres; 35% cónyuge; 10% hijos; 8% otros)	100% MSQ (100% hijos)	22% MSQ; 73% Interpersonal; 5% Impersonal	100% MSQ (7.2% padres; 82% cónyuge; 4.6% hijos; 6.2% otros)	11.2% MSQ; 62.9% Interpersonal; 25.8% Impersonal	73% MSQ; 53% Interpersonal; 49.5% Impersonal	100% MSQ (100% hijos)	100% MSQ (100% hijos)	19.4% MSQ; 80.6% otros tipos de trauma	100% MSQ (40.4% cónyuge; 59.6% otros)	100% MSQ (40.4% cónyuge; 59.6% otros)	15.1% MSQ; 65.7% Interpersonal; 18.9% Impersonal	42.8% MSQ; 19% Interpersonal; 23.8% Impersonal
Otros datos	16.4% medicación actualmente; 55% tratamiento psicológico actualmente	-	-	58% medicación actualmente; 58% tratamiento psicológico anterior	-	25.8% medicación actualmente; 59.7% tratamiento psicológico anterior	-	-	-	-	-	-	6% tratamiento psicológico anterior	-
Vertiente teórica tratamiento	TCC	TCC	TCC	TCC	TCC	TCC	TSC	TCC	TCC	TCC	TCC	TCC	TCC	TCC
n módulos	12	3	9	7	5	8	6	5	5	8	6	6	10	8
Programa desarrollado para pérdidas	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	No	No
Componentes	PTEPT; PD; RC; C; AD; RV	PD; RC; C; AD	RC; R	PTEPT; RC; R; ACT; PR	PTEPT; PD; R; ACT; PR; AD; TC	PTEPT; RC; R; E; PR	PTEPT; R	RC; C; AD; RV	RC; C; AD; RV	PTEPT; RC; R; E; ACT; PR; TC	E; RV; TC	ACT; AD; TC	PTEPT; RC; E; C	PTEPT; RC; R; E; ACT; PR; TC
Implicación terapeuta	Alta	Baja	Alta	Baja	Baja	Baja	Nula	Alta	Alta	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja
Intensidad	1.5	0.75	1	0.33	1	1	1.5	1.5	1.5	1.5	1	1	1	1
Duración	12	2	9	7	6	8	4	5	5	8	6	6	5	10
Magnitud	18	1.5	9	2.31	6	8	6	7.5	7.5	12	6	6	5	10

Nota: LE: Lista de espera; CA: Grupo control activo; IES-R: Escala del impacto de los sucesos revisada; PCL-5: Lista de comprobación del TEPT DSM-5; PDS: Escala diagnóstica de estrés posttraumático; PSS: Escala de estrés percibido; BDI-II: Inventario de depresión de Beck; PHQ-9: Cuestionario de salud del paciente; MADRS: Escala Montgomery Asberg para la evaluación de la depresión; SCL: Lista de comprobación de síntomas; BSI: Inventario breve de síntomas; HADS: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; HSCL-25: Escala de Hopkins para la evaluación de la depresión; ICG: Inventario de duelo complicado; PG-13: Cuestionario de detección precoz del duelo prolongado; GAD-7: Escala del trastorno de ansiedad generalizada; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; MSQ: Muerte de ser querido; PTEPT: Psicoeducación sobre el TEPT; PD: Psicoeducación sobre el duelo; RC: Reestructuración cognitiva; R: Relajación; E: Exposición (en vivo o imaginada); C: Escritura de cartas al fallecido o a persona relacionada; ACT: Activación conductual; PR: Prevención de recaídas; AD: Afrontamiento del duelo o validación de propias emociones; RV: Resignificación de valores o recolocación emocional del fallecido; TC: Tareas para casa.

El 100% de los estudios cumplió con el criterio metodológico de especificar los criterios de selección de sujetos, aleatorización, igualdad de grupos al inicio en características relevantes, de realizar un análisis por intención de tratar y emplear instrumentos validados psicométricamente. La puntuación total de calidad de los estudios tuvo una media de 7.07 ( $DT = 1.11$ ), con un rango entre 5 y 9 puntos (tabla 2).

**Tabla 2**

Análisis de la calidad metodológica de los estudios incluidos en el meta-análisis.

Estudio	Criterios	Aleatorización	Enmascaramiento	Grupos similares	Cegamiento	Mortalidad 15%	ITT	Ausencia sesgo reporte	Instrumentos validados
Wagner, et al. (2022)	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No*	Si
Kaiser, et al. (2022)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sveen, et al. (2021)	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
Spence, et al. (2014)	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si
Litz, et al. (2014)	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si
Ivarsson, et al. (2014)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Wang, et al. (2013)	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No**	Si
Kersting, et al. (2013)	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
Kersting, et al. (2011)	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si
Bisson, et al. (2022)	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
Eisma, et al. (2015)	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
Knaevelsrud, et al. (2015)	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si
Lewis, et al. (2017)	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si

\* Se aportó la puntuación media de las escalas del cuestionario. Se calculó la media total de las puntuaciones de las escalas.

\*\*Aportan puntuaciones diferenciadas para muestra rural y urbana que recibió el tratamiento. Se calculó la media de los dos grupos.

Se encontraron tamaños del efecto globales (tabla 3) de magnitud moderada (Cohen, 1988) para la sintomatología de TEPT [ $d = -.517$  (IC95%:  $-.875$  -  $-.160$ );  $k = 14$ ], depresión [ $d = -.468$  (IC95%:  $-.677$  -  $-.258$ );  $k = 14$ ], duelo complicado [ $d = -.506$  (IC95%:  $-.761$  -  $-.250$ );  $k = 8$ ], y ansiedad [ $d = -.361$  (IC95%:  $-.551$  -  $-.171$ );  $k = 12$ ]. Se observó elevada heterogeneidad para la sintomatología de TEPT [ $Q(13) = 124.75$ ;  $p < .000$ ;  $I^2 = 90.5\%$ ] y moderada heterogeneidad para los síntomas de depresión [ $Q(13) = 46.228$ ;  $p < .001$ ;  $I^2 = 71.8\%$ ], duelo complicado [ $Q(7) = 16.11$ ;  $p < .05$ ;  $I^2 = 57.2\%$ ], y ansiedad [ $Q(11) = 25.754$ ;  $p < .05$ ;  $I^2 = 55.4\%$ ]. El test de Egger permitió descartar el sesgo de publicación como una amenaza contra la validez de los resultados para el TEPT [ $t(13) = -.445$ ;  $p = .665$ ], depresión [ $t(13) = -2.148$ ;  $p = .053$ ], duelo complicado [ $t(7) = -1.751$ ;  $p = .131$ ], y ansiedad [ $t(11) = -1.529$ ;  $p = .157$ ].

**Tabla 3**

Tamaño del efecto medio y de los estudios incluidos en el meta-análisis.

Estudio	TEPT		Depresión		Duelo		Ansiedad	
	$d(ET)$	IC95%	$d(ET)$	IC95%	$d(ET)$	IC95%	$d(ET)$	IC95%
Efecto global	-.517 (.1824)	-.875- -.160	-.468 (.1069)	-.677- -.258	-.506 (.1304)	-.761- -.250	-.361 (.0969)	-.551- -.171
Wagner, et al. (2022)	-.050 (.1725)	-.388- .289	-.148 (.1727)	-.486- .191	.002 (.1725)	-.336- .34	-	-
Kaiser, et al. (2022)	.750 (.22189)	.315- 1.185	-.687 (.2207)	-1.119- -.254	-.802 (.2229)	-1.239- -.365	-.426 (.2169)	-.851- -.001
Sveen, et al. (2021)	.000 (.4859)	-.952- .952	-.166 (.4867)	-1.12- .788	-.224 (.4874)	-1.179- .732	.217 (.4873)	-.739- 1.172
Spence, et al. (2014)	-.291 (.1801)	-.644- .062	-.110 (.1793)	-.461- .242	-	-	-.244 (.1798)	-.596- .108
Litz, et al. (2014)	-.799 (.2268)	-1.244- -.355	-.655 (.2241)	-1.094- -.216	-.932 (.2298)	-1.382- -.481	-.139 (.2185)	-.567- .29
Ivarsson, et al. (2014)	-.1066 (.2714)	-1.598- .534	-.579 (.2593)	-1.087- -.071	-	-	-.703 (.2617)	-1.216- -.19
Wang, et al. (2013)	-.1412 (.1593)	-1.724- -1.1	-.596 (.1456)	-.882- -.311	-	-	-	-
Kersting, et al. (2013)	.018 (.1325)	-.241- .278	-.641 (.1358)	-.908- -.375	-.559 (.1350)	-.823- -.294	-.469 (.1343)	-.732- -.206
Kersting, et al. (2011)	-.849 (.2391)	-1.318- -.381	-.781 (.2376)	-1.247- -.315	-.711 (.2361)	-1.174- -.248	-.228 (.2299)	-.679- .223
Bisson, et al. (2022)	-.022 (.1429)	-.302- .258	.000 (.1429)	-.28- .28	-	-	.056 (.1429)	-.224- .336
Eisma, et al. (2015) Exposición	-.838 (.3527)	-1.529- -.146	-.111 (.3385)	-.774- .553	-.430 (.3421)	-1.101- .24	-.410 (.3417)	-1.08- .26
Eisma, et al. (2015) Activación	-.170 (.3777)	-.911- .57	.440 (.3814)	-.307- 1.188	-.134 (.3774)	-.874- .605	.045 (.3771)	-.694- .784
Knaevelsrud, et al. (2015)	-.722 (.1637)	-1.043- -.401	-.1032 (.1688)	-1.363- -.701	-	-	-.782 (.1646)	-1.104- -.459
Lewis, et al. (2017)	-.1949 (.3748)	-2.683- -1.214	-.1108 (.3314)	-1.758- -.459	-	-	-.1007 (.3276)	-1.649- .365

Debido a la elevada heterogeneidad encontrada en los resultados, se examinó la posible influencia de variables moderadoras en cada variable de respuesta. Se analizaron como potenciales moderadores, todas las variables relativas a: (a) Aspectos generales; (b) Perfil socio-demográfico; (c) Perfil clínico; (d) Características de los tratamientos; (e) Calidad metodológica. Ninguna variable alcanzó significación estadística con los resultados de depresión.

En cuanto a las variables cualitativas (tabla 4), que el programa de tratamiento se hubiese desarrollado principalmente para el tratamiento psicológico tras la pérdida de un ser querido, fue marginalmente significativo para los resultados de TEPT. Las variables: (a) tipo de grupo con el que se comparó el grupo de intervención, y (b) que el tratamiento contuviese un módulo de exposición, alcanzaron significación estadística para los resultados de ansiedad.

**Tabla 4**  
Resultados ANOVAs para las variables moderadoras cualitativas.

Variables	F (p)	gl	k	d (ET)	IC95%	Q (p)
<b>TEPT</b>						
Programa desarrollado para pérdidas ( $R^2 = .244$ )	3.864 (.073)	1				3.319 (.068)
Intersección	11.502 (.005)	1				
Si			8	-.233 (.2072)	-.639- .173	
No			6	-.871 (.2821)	-1.424- -.318	
<b>Ansiedad</b>						
Tipo de grupo comparativo ( $R^2 = .332$ )	4.972 (.05)	1				7.053 (.008)
Intersección	4.575 (.058)	1				
Lista espera			9	-.477 (.0932)	-.659- -.294	
Control activo			3	-.05 (.1306)	-.306- .205	
Componente de exposición ( $R^2 = .302$ )	4.331 (.064)	1				1.123 (.289)
Intersección	15.77 (.003)	1				
Si			5	-.536 (.2023)	-.933- -.140	
No			7	-.306 (.0794)	-.492- -.151	

En cuanto a las variables cuantitativas (tabla 5), las variables: (a) cantidad de módulos de tratamiento que contenía la intervención y (b) la duración de los programas, alcanzaron significación estadística con los resultados de duelo complicado. Que la muestra hubiese sido diagnosticada de algún problema psicopatológico diferente al TEPT alcanzó significación estadística con los resultados de ansiedad.

**Tabla 5**  
Resultados de los análisis de regresión para las variables moderadoras cuantitativas.

Variables	F (p); gl	B	t (p)
<b>Duelo</b>			
Cantidad de módulos ( $R^2 = .656$ )	11.423 (.015); 1,6	.096	3.38 (.015)
Duración ( $R^2 = .564$ )	7.755 (.032); 1,6	.085	2.785 (.032)
<b>Ansiedad</b>			
Otros diagnósticos ( $R^2 = .380$ )	6.12 (.033); 1,10	.554	2.474 (.033)

Se aplicó un modelo de meta-regresión múltiple con el fin de analizar parte de la variabilidad encontrada (tabla 6). Los predictores seleccionados fueron las variables que resultaron ser significativas o marginalmente significativas en los modelos de ANOVA y regresión. Las variables predictivas consiguieron reducir completamente la moderada heterogeneidad encontrada en los síntomas de duelo complicado y ansiedad, sin embargo, la heterogeneidad para los resultados de TEPT continuó siendo elevada.

**Tabla 6**  
Modelos de meta-regresión para cada variable de respuesta.

Variable	<i>b</i> (ET)	<i>t</i> ( <i>p</i> )	<i>Q</i> ( <i>p</i> ); <i>gl</i>	<i>I</i> <sup>2</sup>
<b>TEPT</b>			99.612 (.001); 12	88.4%
Intersección	-.235 (.2271)	-1.035 (.321)		
Programa no desarrollado para pérdidas*	-.627 (.3398)	-1.846 (.09)		
<b>Duelo</b>			2.438 (.786); 5	0%
Intersección	-1.118 (.1847)	-6.051 (.002)		
Cantidad de módulos	.254 (.1690)	1.503 (.193)		
Duración	-.157 (.1625)	-.968 (.377)		
<b>Ansiedad</b>			6.298 (.614); 8	0%
Intersección	-.326 (.1469)	-2.216 (.058)		
Lista de espera**	-.353 (.1454)	-2.428 (.041)		
Sin componente de exposición***	.224 (.1244)	1.802 (.109)		
Muestra con otros diagnósticos	.441 (.1900)	2.321 (.049)		

\*Los programas desarrollados para pérdidas se eliminaron por ser redundantes.

\*\*Los programas comparados con grupo control activo se eliminaron por ser redundantes.

\*\*\*Los programas con un componente de exposición se eliminaron por ser redundantes.

### Discusión

El propósito de este estudio fue comprobar si los tratamientos psicológicos online administrados a través de la web consiguen reducir, principalmente, los síntomas de TEPT y de forma secundaria los síntomas de depresión, duelo complicado y ansiedad, en personas que han perdido a un ser querido.

Los resultados indican que los tamaños del efecto globales para las cuatro variables principales de respuesta son moderados (Cohen, 1988) y significativos, lo que sugiere que este tipo de tratamientos para esta muestra son eficaces. Otro meta-análisis (Zuelke et al., 2021) que analizó este tipo de intervenciones, pero centrándose en muestra con duelo complicado, igualmente observó tamaños del efecto moderados para los síntomas de TEPT y de duelo complicado, sin embargo, en el estudio de Zuelke, et al. (2021) no se encontró heterogeneidad entre los resultados de TEPT, a diferencia de en nuestro estudio. Esta discrepancia podría ser debida a que en el estudio de Zuelke, et al. (2021) los tratamientos se desarrollaron exclusivamente para tratar el duelo complicado, y en nuestro estudio, se aceptaron tanto intervenciones desarrolladas específicamente para tratar psicológicamente a personas que han perdido un ser querido, como aquellas intervenciones desarrolladas para tratar específicamente sintomatología de TEPT en personas que han sufrido diversos eventos traumáticos, entre ellos la pérdida de un ser querido. Además, en nuestro estudio se observó una mayor reducción de la sintomatología postraumática cuando el programa de intervención no se desarrolló exclusivamente para tratar la pérdida de un ser querido. Diferentes estudios de meta-análisis (Vicente-Escudero y Sánchez-Navarro, 2023) que analizaron la eficacia de las intervenciones basadas en la web para reducir el TEPT, pero en muestra de mujeres víctimas de violencia interpersonal, encontraron tamaños del efecto bajos y no significativos cuando las intervenciones se compararon con un grupo control activo, y tamaños del efecto algo más elevados y significativos cuando las intervenciones se compararon con una lista de espera, encontrándose también elevada heterogeneidad. De forma similar, estudios meta-analíticos (Johannsen et al., 2019) centrados en la eficacia de las terapias psicológicas presenciales para reducir el TEPT y otras sintomatologías en personas en duelo, encontraron tamaños del efecto moderados en la reducción de la sintomatología TEPT, aunque con elevada heterogeneidad. Es probable que esta heterogeneidad encontrada en diferentes estudios de meta-análisis en cuanto a la sintomatología post-traumática se deba a que en dichos estudios parte de la muestra de los artículos analizados estuvo expuesta a otro tipo de situaciones traumáticas, y no exclusivamente a la pérdida de un ser querido, y tal como otros estudios han observado, diferentes tipos de exposición a eventos traumáticos pueden generar diferente gravedad de los síntomas de TEPT (Cervera et al., 2020; Djelantik et al., 2021; Giannopoulou et al., 2021; Heeke et al., 2022; Huang et al., 2022; Wen et al., 2022), lo cual podría modular la eficacia de los resultados para el TEPT.

Se consiguió reducir la variabilidad observada en las medidas de ansiedad y duelo complicado, observándose tamaños del efecto mayores para el duelo cuando los tratamientos son más cortos y para la ansiedad cuando los programas incluyen un componente de exposición, se comparan con una lista de espera y la muestra no padece otros diagnósticos comórbidos o diferentes al TEPT. Sin embargo, no se encontraron variables que consiguiesen reducir la heterogeneidad de la variable depresión, posiblemente debido a que, aunque no se encontró sesgo de publicación, el test de Egger estuvo próximo a la significación estadística, lo que puede comprometer los resultados para la variable depresión.



Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, dada la escasa literatura científica que ha cumplido nuestros criterios de inclusión, las conclusiones de nuestro trabajo se basan en una cantidad limitada de estudios. En segundo lugar, es probable que existan estudios con población que ha perdido a un ser querido, que no hayan sido localizados por diversos motivos. En tercer lugar, otras variables no tenidas en cuenta en este estudio podrían moderar los resultados encontrados (Djelantik et al., 2021; Giannopoulou et al., 2021; Huang et al., 2022; Wen et al., 2022). En cuarto lugar, la inclusión de estudios en los que la muestra analizada estuvo expuesta a la pérdida de un ser querido y a otros tipos de traumas puede limitar el alcance de los resultados.

Cabe también resaltar varias fortalezas de nuestro estudio. En primer lugar, la exhaustiva revisión sistemática, a través de cinco bases de datos, hace difícil que hayan quedado estudios relevantes sin localizar. En segundo lugar, los estudios fueron cribados y codificados por dos evaluadores independientes, siguiendo un manual de codificación actualizado, lo que favorece la objetividad y la rigurosidad del estudio. En tercer lugar, este tipo de estudios puede ayudar a basar en la evidencia estos programas de tratamiento, que se hacen necesarios especialmente en población con diversidad funcional o problemas de desplazamiento, y en algunos países son considerados como tratamientos de segunda línea cuando los de primera línea no están indicados, no dan resultados, o no pueden utilizarse (Renton et al., 2014).

La principal implicación práctica y de investigación es que este meta-análisis puede ayudar a otros desarrolladores de programas de intervención online sobre este tema a analizar cuáles son los componentes que mejor funcionan para la reducción de los síntomas de TEPT, duelo complicado, ansiedad y depresión en personas que han perdido a un ser querido. Siendo la reestructuración cognitiva el único componente común entre los programas desarrollados para reducir el TEPT y los programas desarrollados exclusivamente para el duelo, una duración corta mejora los síntomas de duelo complicado, y los componentes de exposición funcionan mejor para la ansiedad.

Finalmente concluimos que para reducir la sintomatología TEPT en personas que han perdido a un ser querido, tal vez sea más conveniente emplear tratamientos desarrollados específicamente para reducir esta sintomatología, o emplear de forma conjunta tratamientos desarrollados para reducir la sintomatología TEPT y tratamientos desarrollados para el duelo complicado, lo cual no se ha realizado hasta ahora, ya que los tratamientos desarrollados específicamente para el duelo complicado no funcionan tan bien para reducir la sintomatología TEPT.

#### Notas de Autor:

Financiación: Este estudio no tuvo financiación.

Conflicto de interés: Los autores no declaran conflictos de interés

#### Referencias

(Las referencias precedidas de un asterisco fueron incluidas en el meta-análisis).

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5.)* (5ª Ed). American Psychiatric Publishing.
2. Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., y Lindefors, N. (2019). Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 465-470. <https://doi.org/10.1177/0706743719839381>
3. Ashford, M. T., Olander, E. K., y Ayers, S. (2016). Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 197, 134-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.057>
4. \*Bisson, J. I., Ariti, C., Cullen, K., Kitchiner, N., Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Smallman, K., Addison, K., Bell, V., Brookes-Howell, L., Cosgrove, S., Ehlers, A., Fitzsimmons, D., Foscarini-Craggs, P., Harris, S. R. S., Kelson, M., Lovell, K., McKenna, M., ... Williams-Thomas, R. (2022). Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID). *BMJ: British Medical Journal*, 377. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069405>
5. Cervera, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández, V., y Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
6. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale.
7. Cooper, H., Hedges, L. V., y Valentine, J. C. (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. Russell Sage Foundation.

8. Djelantik, A. A. A. M. J., Aryani, P., Boelen, P. A., Lesmana, C. B. J., y Kleber, R. J. (2021). Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members: Prevalence, latent classes and cultural correlates. *Journal of Affective Disorders*, 292, 773-781. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>
9. \*Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A. W., 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>
10. Giannopoulou, I., Richardson, C., y Papadatou, D. (2021). Peer loss: Posttraumatic stress, depression, and grief symptoms in a traumatized adolescent community. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(2), 556-568. <https://doi.org/10.1177/1359104520980028>
11. Heeke, C., Franzen, M., Hofmann, H., Knaevelsrud, C., y Lenferink, L. I. M. (2022). A Latent Class Analysis on Symptoms of Prolonged Grief, Post-Traumatic Stress, and Depression Following the Loss of a Loved One. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 878773. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.878773>
12. Huang, S. H., Birk, J. L., y Bonanno, G. A. (2022). Looking back and moving forward: Dimensions of coping flexibility divergently predict long-term bereavement outcomes. *Anxiety, Stress, and Coping*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10615806.2022.2099545>
13. \*Ivarsson, D., Blom, M., Hesser, H., Carlbring, P., Enderby, P., Nordberg, R., y Andersson, G. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 1(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.03.002>
14. 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>
15. Jordan, A. H., y Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45, 180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
16. \*Kaiser, J., Nagl, M., Hoffmann, R., Linde, K., y Kersting, A. (2022). Therapist-Assisted Web-Based Intervention for Prolonged Grief Disorder After Cancer Bereavement: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 9(2). <https://doi.org/10.2196/27642>
17. \*Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., y Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372-381. <https://doi.org/10.1159/000348713>
18. \*Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Baust, K., y Wagner, B. (2011). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: Pilot data from a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 14(6), 465-477. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0240-4>
19. \*Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J., y Wagner, B. (2015). Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.3582>
20. Lee, E., y Bowles, K. (2020). Navigating treatment recommendations for PTSD: A rapid review. *International Journal of Mental Health*. Scopus. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1781407>
21. \*Lewis, C. E., Farewell, D., Groves, V., Kitchiner, N. J., Roberts, N. P., Vick, T., y Bisson, J. I. (2017). Internet-based guided self-help for posttraumatic stress disorder (PTSD): Randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 34(6), 555-565. <https://doi.org/10.1002/da.22645>
22. \*Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., y Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005>
23. Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C., y Naslund, J. A. (2021). Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 284, 157-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.092>
24. Neimeyer, Robert. A. (2019). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Planeta.

25. 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. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
26. Renton, T., Tang, H., Ennis, N., Cusimano, M. D., Bhalerao, S., Schweizer, T. A., y Topolovec-Vranic, J. (2014). Web-based intervention programs for depression: A scoping review and evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 16(9). <https://doi.org/10.2196/jmir.3147>
27. Simon, N. M., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Cozza, S. J., Mauro, C., Zisook, S., Skritskaya, N., Robinaugh, D. J., Malgaroli, M., Spandorfer, J., y Lebowitz, B. (2020). Commentary on evidence in support of a grief-related condition as a DSM diagnosis. *Depression and Anxiety*, 37(1), 9-16. <https://doi.org/10.1002/da.22985>
28. Simon, N., Robertson, L., Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Dawson, S., y Bisson, J. I. (2021). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub3>
29. \*Spence, J., Titov, N., Johnston, L., Jones, M. P., Dear, B. F., y Solley, K. (2014). Internet-based trauma-focused cognitive behavioural therapy for PTSD with and without exposure components: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 162, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.009>
30. \*Sveen, J., Jernelöv, S., Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., y Kaldo, V. (2021). Feasibility and preliminary efficacy of guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia after the loss of a child to cancer: Randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100409>
31. Verhagen, A. P., de Vet, H. C., de Bie, R. A., Kessels, A. G., Boers, M., Bouter, L. M., y Knipschild, P. G. (1998). The Delphi list: A criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00131-0](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00131-0)
32. Vicente-Escudero, J. L., y Sánchez-Navarro, B. (2023). Meta-Analysis of Web-based treatments for PTSD in Women Exposed to Intimate Partner Violence and Sexual Abuse. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 23(1), 93-105.
33. \*Wagner, B., Grafiadeli, R., Schäfer, T., y Hofmann, L. (2022). Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100542>
34. Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., y Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00525>
35. \*Wang, Z., Wang, J., y Maercker, A. (2013). Chinese my trauma recovery, a web-based intervention for traumatized persons in two parallel samples: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9). <https://doi.org/10.2196/jmir.2690>
36. Wen, F. H., Chou, W. C., Huang, C. C., Hu, T.-H., Chiang, M. C., Chuang, L. P., y Tang, S. T. (2022). ICU bereaved surrogates' comorbid psychological-distress states and their associations with prolonged grief disorder. *Critical Care (London, England)*, 26(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03981-7>
37. Zuelke, A. E., Luppá, M., Löbner, M., Pabst, A., Schlapke, C., Stein, J., y Riedel-Heller, S. G. (2021). Effectiveness and Feasibility of Internet-Based Interventions for Grief after Bereavement: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 8(12). <https://doi.org/10.2196/29661>

RECIBIDO: 2 de junio de 2023

MODIFICADO: 9 de octubre de 2023

ACEPTADO: 9 de octubre de 2023