



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DUELO PROLONGADO EN UNA
MUESTRA DE PERSONAS MEXICANAS**

T E S I S

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, PRESENTA

PRESENTA:

JOSELYN SOSA VERDE

Directora: Dra. Sofía Sánchez Román

Revisora: Mtra. Guadalupe C. Medina Hernández

Sinodales:

Dr. Jorge Rogelio Pérez

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Angélica Juárez Loya

Ciudad Universitaria, Cd. Mx, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mí, que a pesar de todos los miedos e inseguridades, decidí intentarlo y lo logre.

Estás haciendo lo suficiente, lo estás haciendo bien.
Te conozco y estás haciendo tu mejor esfuerzo ahora mismo.
Eso es todo lo que necesitas, solo mantén el ritmo.
No te pongas mal, confía en ti.
Lo estás haciendo bien.

— **Grow up. Stray Kids**

AGRADECIMIENTOS

Mi sincera gratitud a la **Dra. Sofía**, a quien le debo la oportunidad de llevar a cabo este proyecto. Gracias por recibirme, acompañarme, por dejarme aprender de ti y contigo; gracias por el apoyo, guía, tiempo, dedicación y entera disposición. Me brindaste la oportunidad de formar parte de tu gran equipo de trabajo, de adentrarme en un ámbito profesional completamente nuevo para mí, de trabajar con diferentes profesionales y de conocer a personas maravillosas que me ayudaron a crecer.

Con tu calidez, amabilidad y profesionalismo me ayudaste e inspiraste a dar siempre lo mejor de mí. Me siento muy afortunada de haberte conocido y de haber crecido junto a ti. Gracias por todo esto y mucho más, Sofí.

A mi revisora la **Mtra. Guadalupe** y mis sinodales el **Dr. Jorge**, la **Dra. Mariana** y la **Dra. Angélica**, les estoy profundamente agradecida por el tiempo dedicado, por su paciencia, sus valiosas aportaciones y la guía que me brindaron. Es un placer para mí haber trabajado con ustedes en este camino.

A todos los **pacientes** y **participantes**, por su colaboración y tiempo dedicado en esta investigación.

Mi más profundo agradecimiento a mis padres, *María e Iñigo*. Gracias por estar para mí, por su dedicación y devoción; por el apoyo que siempre me brindan en cada una de las decisiones que he tomado; por su guía y acompañamiento durante este y muchos otros viajes recorridos. Gracias por todo.

A mi hermano, *Kevin*. Gracias por escucharme, apoyarme y estar para mí; por tu amor, confianza, seguridad, paciencia y comprensión. Por impulsarme a dar lo mejor de mí y por enseñarme que la vida tiene muchos colores. Te amo y admiro.

Abuelito Ramón ¡lo logré!, sé que estarías muy feliz y orgulloso de mí y de todo lo que he logrado. Gracias por todo el apoyo y amor que me diste, siempre te estaré eternamente agradecida.

A mis amigas *Azul, Sam* y *Sandy*, gracias por su confianza en mí, por todo su apoyo, sus consejos, por impulsarme a crecer y siempre creer en mí. Gracias por ser parte de este viaje y muchos otros más. Las amo.

A mis compañeras del equipo de psicología del instituto de nutrición, *Nan, Ari, Andy, Bren* y *Ale*, por hacer mis días divertidos, por su acompañamiento, cariño, confianza, profesionalismo y amistad. Gracias por ser parte de mi vida. Las quiero.

Sin el apoyo de todos ustedes, y los que me faltó mencionar, no hubiera sido posible realizar este proyecto. Les agradezco enormemente todas las aportaciones que han realizado.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. DUELO	10
1.1 Definición y características	10
1.2 Evolución del duelo	15
<i>1.2.1 Duelo agudo</i>	15
<i>1.2.2 Duelo integrado</i>	16
CAPÍTULO 2. DUELO PROLONGADO	18
2.1 Definición y características	18
2.2 Trastorno de Duelo Prolongado	20
<i>2.2.1 Trastorno de Duelo Prolongado en la CIE-11</i>	23
<i>2.2.2 Trastorno de Duelo Prolongado en el DSM-5-TR</i>	24
2.3 Duelo complicado en población mexicana	26
CAPÍTULO 3. DUELO PROLONGADO Y VARIABLES ASOCIADAS	28
3.1 Duelo prolongado y características sociodemográficas	29
<i>3.1.1 Sexo</i>	29
<i>3.1.2 Edad</i>	31
<i>3.1.3 Escolaridad</i>	33
<i>3.1.4 Estado Civil</i>	34
<i>3.1.5 Religión</i>	34
<i>3.1.6 Ocupación</i>	35
3.2 La relación de parentesco entre el doliente y el fallecido	36
3.3 Factores relacionados con la muerte	38
<i>3.3.1 Causa de muerte</i>	38
<i>3.3.2 Tiempo transcurrido desde la muerte</i>	40
3.4 La comorbilidad con diferentes psicopatologías	41
<i>3.4.1 Ansiedad</i>	41
<i>3.4.2 Depresión</i>	42
MÉTODO	44
Planteamiento del problema	44
<i>Pregunta de investigación</i>	45

<i>Objetivo general</i>	45
<i>Objetivos específicos</i>	45
<i>Hipótesis</i>	45
Participantes	46
<i>Criterios de inclusión</i>	47
<i>Criterios de exclusión</i>	47
<i>Criterios de eliminación</i>	47
<i>Consideraciones éticas</i>	47
Diseño y tipo de estudio	48
Instrumentos	48
Definición conceptual de variables	50
Definición operacional de variables	50
Procedimiento	51
Análisis de datos	52
RESULTADOS	53
Características de la muestra	53
Características de la relación de parentesco	54
Características relacionadas a la muerte	55
Prevalencia y características del duelo prolongado	56
Características de la población con duelo prolongado y su relación con el instrumento PG-13-R	59
Factores asociados a duelo prolongado	60
<i>Grupo con trastorno de duelo prolongado</i>	60
<i>Grupo con sintomatología de duelo prolongado</i>	61
Comorbilidad con ansiedad y depresión	63
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	65
Conclusiones	78
Limitaciones y consideraciones futuras	79
Fortalezas del estudio	79
REFERENCIAS	81
ANEXO 1	91
ANEXO 2	93
ANEXO 3	94

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue conocer la prevalencia de síntomas de duelo prolongado, así como identificar las variables (sociodemográficas, relación de parentesco, relacionados al fallecimiento y la presencia de psicopatología) asociadas a la presencia de este duelo en una muestra de personas mexicanas.

Se trabajó con una muestra de 447 personas mexicanas (355 mujeres y 92 hombres, de entre 15 y 79 años), de distintos estados de la República Mexicana (50.1% de la muestra reside en la región de Ciudad de México). Los participantes se clasificaron en dos grupos, uno con trastorno de duelo prolongado y el otro con sintomatología de duelo prolongado de acuerdo con los criterios propuestos por el DSM-V-TR y sus puntuaciones en el instrumento PG-13-R. Completaron una serie de preguntas para conocer características sociodemográficas, además de los instrumentos Prolonged Grief Disorder Revised (PG-13-R), Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) y Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). La prueba Chi cuadrada mostró asociaciones estadísticamente significativas en las variables de estudio y la presencia de duelo prolongado, por lo que se empleó un modelo de regresión logística de 5 pasos que mostró asociación únicamente en las variables religión (con religión) y ocupación (empleado, estudiante y no trabaja), explicando el 13.5% de la varianza (R^2 de Nagelkerke) de sintomatología de duelo prolongado y clasificó correctamente el 62.1% de los casos.

Palabras clave: duelo prolongado, trastorno de duelo prolongado, duelo, duelo desadaptativo, duelo patológico.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to determine the prevalence of prolonged grief symptoms and to identify the variables (sociodemographic, kinship relationship, related to the death and the presence of psychopathology) associated with the presence of this grief in a sample of Mexican individuals.

We worked with a sample of 447 Mexican subjects (355 women and 92 men, aged 15 to 79 years), from different states of the Mexican Republic (50.1% of the sample resides in the Mexico City region). Participants were classified into two groups, one with prolonged grief disorder and the other with prolonged grief symptomatology according to the criteria proposed by the DSM-V-TR and their scores on the PG-13-R instrument. They completed a series of questions to ascertain sociodemographic characteristics, in addition to the Prolonged Grief Disorder Revised (PG-13-R), Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) instruments. The Chi-square test showed statistically significant associations in the study variables and the presence of prolonged grief, so a 5-step logistic regression model was used that showed association only in the variables religion (with religion) and occupation (employed, student and not working), explaining 13.5% of the variance (Nagelkerke's R²) of prolonged grief symptomatology and correctly classified 62.1% of the cases.

Keywords: Prolonged grief, prolonged grief disorder, bereavement, maladaptive grief, pathological grief.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de un ser querido supone un proceso de adaptación e integración de la nueva realidad a la vida del doliente. Es un proceso caracterizado por una serie de manifestaciones como comportamientos, sentimientos y emociones, generalmente en forma de sufrimiento, que incluye componentes psicológicos, físicos y sociales (Meza Davalos, et al., 2008). El duelo es un proceso con duración e intensidad propios de cada individuo. Es por lo que el primer capítulo brinda un panorama sobre el duelo, su transcurso y evolución, así como las características particulares de este proceso.

Cuando la sintomatología de duelo se prolonga a lo largo del tiempo y se acompaña de añoranza persistente por la pérdida, malestar emocional intenso o dificultad para aceptar la muerte, se considera que el proceso de duelo del doliente ya no es adaptativo y posiblemente se trata de una patología denominada duelo prolongado. Este proceso suele estar asociado a una disfunción significativa en lo personal, familiar, social, educacional, laboral y otras áreas de desarrollo de la vida.

En el capítulo dos se presentan las características y sintomatología asociadas a duelo prolongado, así como repercusiones en las distintas esferas de la vida del doliente, su inclusión y reconocimiento como patología, así como las propuestas de criterios diagnósticos de distintos manuales clínicos.

Distintas investigaciones sobre este proceso han expuesto resultados que ayudan a mejorar la comprensión, la prevalencia, los predictores, la etiología, así como la psicopatología asociada. Los resultados señalan la existencia de diversos factores, no necesariamente patológicos, que influyen en la prevalencia y sintomatología de duelo prolongado. Se revisan variables sociodemográficas asociadas al duelo prolongado (edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión y ocupación) que se han encontrado en algunos estudios. También se revisa lo investigado acerca de otras variables como la relación de

parentesco entre el doliente y el fallecido, la causa de muerte y el tiempo transcurrido desde la misma.

Por otro lado, los resultados de varios estudios señalan la asociación entre la comorbilidad del duelo prolongado con ansiedad y depresión con la presencia y sintomatología de duelo prolongado.

El tercer capítulo describe los resultados de todas estas investigaciones en torno a las variables asociadas a la presencia y sintomatología de duelo prolongado y señala la discrepancia entre los mismos. El propósito del presente estudio es identificar las variables asociadas (características sociodemográficas, factores relacionados a la muerte, relación de parentesco y comorbilidades con psicopatologías) al duelo prolongado en población mexicana.

Este estudio resulta relevante ya que permite brindar información y un primer acercamiento en la prevalencia de duelo prolongado y su relación de esta patología con distintas variables (sociodemográficas, relacionadas a la muerte y presencia de psicopatología) en población mexicana. Sus resultados se insertan en las líneas de investigación que muestran resultados contradictorios.

CAPÍTULO 1. DUELO

1.1 Definición y características

La pérdida de un ser querido es un evento adverso que la mayoría de las personas han experimentado en la vida, este evento suele favorecer la aparición de comportamientos, sentimientos y emociones en forma de sufrimiento y aflicción, que habitualmente se conocen como duelo. El duelo incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Meza Davalos, et al., 2008).

El duelo es un "proceso de adaptación natural y autolimitado a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa" (Rodríguez-Álvaro, 2019 citado en García Hernández, et al., 2021, pp. 1-2).

La experiencia del duelo "no es una condición de *estado*, sino que se desarrolla a través de un *proceso* que prevé una tendencia de *altibajos* con la atención del sujeto oscilando entre momentos de mayor conciencia y momentos de negación o la represión sobre la dolorosa realidad de la pérdida" (Lombardo, et al., 2014, p. 108). Este proceso implica una "reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a rehacer su vida desde una perspectiva diferente" (Echeburúa, et al., 2007, p. 33).

Enfrentarse al nuevo aprendizaje de vivir y continuar adelante sin el ser querido supone, en numerosas ocasiones, sentirse desconcertado, puesto que se experimenta un dolor intenso y debilitante en tanto las personas tratan de comprender y asimilar lo ocurrido, esto sucede mientras la vida sigue día tras día con la misma cotidianidad (Romero, 2013). Así mismo, el duelo comprende pérdidas en el propio doliente, por una parte, sentir el dolor, malestar y pesadez de la pérdida del ser querido y de las partes que estaban unidas a él, y por otro lado los fuertes intentos de mantener el vínculo con el fallecido, tratando de lograr una preservación del otro (Sánchez, 2020).

Zisook y colaboradores (2009) señalan algunas pautas generales para determinar la fenomenología esperada, el curso y la duración del duelo:

- El duelo no es un estado, sino un proceso.
- El proceso de aflicción suele proceder con altibajos, donde la atención oscila hacia y desde la dolorosa realidad de la muerte.
- El espectro de alteraciones emocionales, cognitivas, sociales y conductuales del duelo es amplio, y va desde alteraciones apenas perceptibles hasta una profunda angustia y disfunción.
- Para la mayoría de las personas, el duelo nunca termina de completarse.
- El duelo no se trata solo de la separación de la persona fallecida, sino de encontrar formas nuevas y significativas de continuar la relación con el difunto.

Por otro lado, Sánchez (2020) menciona que la variabilidad del duelo puede depender de algunos aspectos como:

- La forma en que se produce la muerte (natural, accidental, violenta, inesperada, etc.) y en la etapa del desarrollo humano en la que se produce (niñez, juventud, adultez, tercera edad).
- Las circunstancias claras o confusas en que se produce, el conocimiento y la comprensión de la muerte (traslado del cadáver, cómo y de qué ha muerto, velatorio, sepelio, etc.).
- Los sucesos subsiguientes a la muerte, con dimensiones sociales o religiosas, que influyen en las representaciones mentales de la pérdida.
- Las necesidades del doliente respecto al fallecido, así como el estado emocional del difunto y sus allegados.
- Los duelos acumulativos previos que existan y que pueden haber influido en la

situación del doliente.

- La personalidad del difunto, su circunstancia personal (soltero, viudo, residente en centro asistencial, etc.) y el nivel de vitalidad que manifestara.
- El rol desempeñado por el ahora difunto: cuidador, suministrador de recursos, dependiente de cuidados ajenos, autónomo, apoyo vital de tercero.
- Los recursos de afrontamiento que se crean tener para afrontar el duelo o para reorganizar el núcleo familiar y social desestabilizado por la muerte.

La intensidad y duración del duelo son variables, no solo en el mismo individuo a lo largo del tiempo o después de diferentes pérdidas, sino también en diferentes personas que enfrentan pérdidas aparentemente similares. Estas características están determinadas por múltiples factores, que pueden incluir: la personalidad del individuo, el estilo de apego, la composición genética y las vulnerabilidades únicas; edad y salud; espiritualidad e identidad cultural; apoyos y recursos; el número de pérdidas; la relación; tipo de pérdida; etc. (Zisook, et al., 2009).

Estos mismos factores se ven involucrados en la forma de respuesta que cada individuo va a tener durante este proceso. Algunas de las manifestaciones que se suelen reportar de manera más frecuente son (Cabodevilla, 2007):

- *Dimensión física:* Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecer durante el duelo. Dolor o sensación de “vacío” en el estómago, sensación de opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, sequedad en la boca, alteraciones de sueño y alimentación, palpitaciones, falta de energía, disnea, tensión muscular, etc.
- *Dimensión emocional:* Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades, los más habituales son sentimientos de tristeza, enojo, miedo, culpa, soledad, ansiedad, impotencia, agobio, añoranza, anhelo,

desesperanza, alivio y liberación, amargura, etc.

- *Dimensión cognitiva:* Dificultad para concentrarse, falta de interés por las cosas, confusión, olvidos frecuentes, imágenes intrusivas, ideas repetitivas (generalmente relacionadas con el difunto), entre otras.
- *Dimensión conductual:* Son cambios en el comportamiento con respecto al patrón previo, por ejemplo, aislamiento social, hiperactividad o inactividad, llanto, retraimiento, aumento en el consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas.
- *Dimensión social:* Aislamiento, rechazo hacia los demás.
- *Dimensión espiritual:* Se reconsideran las creencias e ideas de trascendencia, se cuestiona la muerte y el sentido de la vida.

Aunado a lo anterior, Sánchez (2020) refiere que dentro de la dimensión cognitiva/psíquica del doliente también se pueden encontrar las siguientes manifestaciones tras la pérdida:

- Estupor (incredulidad) ante la muerte, que puede desencadenar afecciones en el desarrollo del día a día.
- Desapego e indiferencia respecto a otros vínculos, acompañado de desesperación por el abandono y por la irreversibilidad: “nunca más veré sus ojos, nunca más oiré su voz, nunca más me abrirá la puerta”.
- Rebeldía contra el difunto por haberse muerto sin permiso, sin despedida, sin calcular el vacío que deja. Esto puede conducir al deseo de morir para no percibir la distancia irremediable y reencontrarse nuevamente con quien ya no está.
- Sensación de fatalidad, castigo, arbitrariedad o injusticia por la muerte. Puede estar acompañado de la sensación de haber dejado asuntos pendientes y de no

haber vivido lo suficiente.

- La necesidad de expresar la situación y el dolor para recibir la empatía de los otros, pudiendo desencadenar sentimientos de culpa.
- Corte respecto a la vida anterior a la muerte: sentir que hay un antes y un después.

En este contexto, el espectro de manifestaciones abarca desde alteraciones apenas perceptibles hasta profundos estados de angustia y conducta disfuncional (Lombardo, et al., 2014). La manera, frecuencia, intensidad, lugar y con quién se experimentan y expresan estas manifestaciones varía según las circunstancias, el contexto y las consecuencias de la pérdida (Shear, et al., 2017).

Dentro de la literatura se pueden encontrar distintas clasificaciones de duelo, de acuerdo con sus características, intensidad, duración, etc. Entre ellas se puede encontrar el duelo anticipatorio (la elaboración del dolor por la pérdida comienza sin que ésta haya ocurrido todavía), duelo inhibido (en fases iniciales, el deudo no muestra signos de afección o dolor), duelo enmascarado (el doliente no relaciona el sufrimiento, dolor y síntomas con la pérdida), duelo desplazado (el deudo no vincula el dolor que siente a la pérdida sino a otra pérdida ocasional y de menor importancia), duelo incompleto (el proceso no evoluciona ni finaliza, solo se asume a medias la ausencia como si en cualquier momento fuera a reaparecer), duelo somatizado (el cuerpo del doliente expresa el dolor, malestar, angustia a través de distintos síntomas), duelo rencoroso (el deudo se queda atrapado en el resentimiento o deseo de venganza ante la pérdida); entre otras (Sánchez, 2020; Cabodevilla, 2007).

Autores como García Hernández, et al., (2021), clasifican el duelo en duelo adaptativo y duelo no adaptativo, la diferencia entre estos radica en la integración o no de la pérdida a la vida del doliente y el posible impacto en las distintas esferas de la vida.

La cultura, el origen étnico y la afiliación espiritual pueden afectar la forma en que se

manifiesta el duelo y las estrategias de la persona para sobrellevarlo (Shear, et al., 2017)

La expresión de duelo no es universal, ni uniforme, ni homogénea, y posee diferentes matices, ritos y comprensiones puesto que se ve influido por la cultura, el origen étnico y la afiliación espiritual (Cabodevilla, 2007; Shear, et al., 2017).

1.2 Evolución del duelo

El proceso de duelo está acompañado de altibajos emocionales, cognitivos y conductuales, es un proceso doloroso que cambia y se transforma con el paso del tiempo.

Desde el punto de vista de la evolución clínica, se pueden reconocer dos fases del duelo. La primera forma, denominada “*duelo agudo*”, se produce en las fases inmediatamente posteriores a la muerte y puede caracterizarse por una intensa experiencia de sufrimiento acompañada de comportamientos y emociones consideradas inusuales por el propio doliente; mientras que la segunda fase, “*duelo integrado*”, se caracteriza por el hecho de que se recuerda con mayor facilidad a la persona fallecida a pesar de la tristeza asociada a la ausencia (Lombardo, et al., 2014).

1.2.1 Duelo agudo

Como una respuesta universal al duelo, este proceso comienza en una forma inicial denominada duelo agudo, que es una “reacción natural a la separación permanente de un ser querido e implica dificultad para adaptarse a la pérdida” (Bui, 2018, p. 86). Este fenómeno puede ser doloroso y, a menudo, “se caracteriza por comportamientos y emociones que se consideran inusuales en la vida cotidiana” (Zisook, et al., 2009, p. 68). Además de ser una experiencia disruptiva transitoria, su curso suele ser errático e impredecible (Shear, et al., 2012).

Durante el duelo agudo las personas suelen manifestar pensamientos, preocupaciones y recuerdos sobre el difunto; funciones neurovegetativas alteradas; dificultad para concentrarse; relativo desinterés en otras personas y en las actividades de la vida diaria; dolor

emocional, punzadas de dolor, pérdida de interés, así como aislamiento social. Algunas de las emociones que se presentan incluyen tristeza, anhelo, añoranza, ira, culpa, vergüenza e incluso felicidad al tener ciertos recuerdos, calidez al recordar la cercanía que compartieron o una sensación de alivio tras la muerte después de una enfermedad prolongada (Bui, 2018; Zisook, et al., 2009; 2014).

Suele estar acompañado de la sensación de pérdida de sentido de uno mismo, pérdida de sentido de propósito y pertenencia; sentirse sin rumbo, incompetente y sin sentimientos de bienestar (Shear, et al., 2017).

Durante esta fase, los dolientes pueden preocuparse acerca de si lo que están experimentando es “normal”, la intensidad e incapacidad de controlar las emociones, así como la dificultad para prestar atención a las cosas como lo hacen normalmente puede resultar sorprendente (Shear, et al., 2017).

Esta fase del duelo generalmente va acompañada de una sensación de incredulidad ante la muerte de la persona y el hecho de que realmente se ha ido (Shear, et al., 2012). Varía en su intensidad y duración, además de tener influencias religiosas y culturales (Szuhany, et al., 2021).

1.2.2 Duelo integrado

Con el tiempo, la mayoría de las personas que experimentan alguna pérdida logran adaptarse a esta nueva realidad, el duelo que experimentan pasa de ser agudo a convertirse en una forma más integrada. Es decir, “el individuo se ha adaptado a la pérdida para que el dolor esté más en segundo plano y pueda volver a participar significativamente en una vida sin el fallecido” (Szuhany, et al., 2021, p. 161).

La transformación de un duelo agudo a un duelo integrado requiere que el doliente acepte la realidad dolorosa, la finalidad y las consecuencias de la pérdida, así como encontrar una manera de volver a seguir con su propia vida sin la presencia de su ser querido (Shear, et

al., 2012).

Dentro de las características distintivas del duelo integrado se incluyen la capacidad del doliente para comprender y asimilar la realidad y el significado de la muerte, los pensamientos y recuerdos del difunto aún están presentes, pero no son preocupantes, hay una restauración del sentido de sí mismo y del sentido de propósito y pertenencia, hay sentimientos de competencia y bienestar además de interés y compromiso en la vida (Shear, et al., 2017). La evolución exitosa del duelo agudo al duelo integrado es considerada un duelo adaptativo.

Durante la transición del duelo agudo al integrado, las heridas comienzan a sanar y la persona en duelo encuentra el camino de regreso a una vida plena. Los dolientes pueden volver a participar en relaciones y actividades placenteras y satisfactorias (Zisook, et al., 2009).

Aunque el duelo se ha integrado, no se olvidan de las personas que perdieron, no renuncian a su tristeza ni dejan de extrañar a sus seres queridos. La pérdida se integra y los pensamientos y recuerdos del difunto dejan de ser preocupantes o incapacitantes. A diferencia del duelo agudo, el duelo integrado no genera preocupación persistente ni irrumpe en otras actividades. Sin embargo, puede haber períodos de mayor anhelo, añoranza o tristeza, muy parecidos al duelo agudo, que pueden desencadenarse en eventos significativos, como días festivos, cumpleaños, aniversarios, otra pérdida o un momento particularmente estresante (Zisook, et al., 2014; 2009).

Para algunas personas existe una incapacidad de adaptación del duelo agudo al duelo integrado que se acompaña de procesos complejos, intensos, prolongados y debilitantes. Esta incapacidad ha sido nombrada duelo prolongado (Szuhany, et al., 2021).

CAPÍTULO 2. DUELO PROLONGADO

2.1 Definición y características

El duelo prolongado se diferencia del duelo normal en que las reacciones al duelo se mantienen intensas y persisten en el tiempo, provocando una pérdida considerable del funcionamiento cotidiano y poco cambio o flexibilidad con respecto a la forma en que se maneja este duelo (Kristensen, et al., 2017; Pop-Jordanova, 2021).

El duelo prolongado se caracteriza por dolor excesivo, anhelo intenso, incredulidad o dificultad para aceptar la pérdida, evitación de cosas/lugares/actividades que recuerdan al fallecido, sensación de que parte de uno mismo ha muerto junto con el ser querido, sensación de aturdimiento o parálisis, percepción de que la vida no tiene sentido, sensación de confusión acerca del papel en la vida, dificultad para confiar en los demás y dificultad para seguir adelante (Prigerson, et al., 2009). La “rumiación sobre cómo se podría haber evitado la muerte, culpabilizando a los demás y autoculpándose” también suelen ser características de las personas que presentan duelo prolongado (Kristensen, et al., 2017, p. 538).

Algunas formas de comportamiento desadaptativo, que pueden manifestarse, consisten en involucramiento en actividades relacionadas de alguna manera con la persona fallecida, así como actividades asociadas a evitar a las personas que suelen ser cercanas. El doliente puede terminar cerrándose en un mundo hecho de pensamientos y sueños sobre el difunto, de visitas constantes al cementerio, de una actividad incesante de reacomodar objetos o ropas que pertenecieron al difunto, de evitar situaciones para disminuir el dolor asociado a la pérdida (Lombardo, et al., 2014).

Lombardo y colaboradores (2014) señalan que, desde un punto de vista fenomenológico, la sintomatología del duelo prolongado incluye dos grupos de síntomas:

- *Síntomas relacionados con la angustia de separación:* anhelo intenso; añoranza al fallecido; emociones dolorosas; constante estado de preocupación relacionado con el

recuerdo del difunto.

- *Síntomas de angustia postraumática*: pensamientos recurrentes e intrusivos sobre la ausencia de la persona fallecida; sensación de incredulidad con respecto a la muerte; ira y amargura; tendencia frecuente a evitar los recuerdos asociados al dolor de la pérdida.

Las personas con duelo prolongado pueden sentir su dolor como algo extraño, aterrador e incluso vergonzoso, también pueden sentir que su vida no tiene sentido o que se ha terminado. Algunas otras quisieran que el duelo nunca acabara y pueden pensar que volver a disfrutar de su vida supondría traicionar a su ser querido (Lombardo, et al., 2014). Este proceso está acompañado incesantemente por un dolor intenso e interminable, lo que supone un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento de la persona.

En el estudio longitudinal realizado por Nielsen, et al. (2020) con familiares de pacientes terminales informó que el 27% de los participantes presentó deterioro funcional a los 6 meses después de la pérdida y el 19% a los 3 años. Así mismo, indica que los participantes con duelo prolongado presentaban deterioro funcional relacionado con las limitaciones en el rol diario debido al deterioro emocional y las limitaciones en el funcionamiento social.

En el estudio transversal realizado con familiares suecos en duelo seis meses después de la muerte de una persona cercana a consecuencia de un paro cardíaco, se reportó que uno de cada cuatro participantes informó que su salud general era regular o mala y que su salud era peor en comparación con hace un año. También fueron reportados problemas de salud como cansancio y problemas para dormir, y aproximadamente el 25% cumplió con criterios de insomnio (Carlsson, et al., 2021).

La presencia de duelo prolongado, en adultos mayores, se relaciona con trastornos del sueño, menor satisfacción con la vida y menor calidad de vida (Trembl, et al., 2022).

Los adultos jóvenes que habían experimentado la muerte de uno de sus padres divorciado mostraron trastornos de salud mental como síndrome de distrés corporal (bodily distress syndrome, caracterizado por la presencia y atención excesiva de síntomas corporales) y abuso de alcohol (Marcussen, et al., 2021).

El estudio de Prigerson, et al., (2021) señala que los síntomas de duelo prolongado se asociaron con una peor calidad de vida en los ámbitos del rol emocional y salud mental, así como con dificultades de adaptación laboral y social.

Como se ha observado, el duelo prolongado está asociado a problemas de salud, menor satisfacción y calidad de vida.

Es importante señalar que la patología dentro del duelo prolongado está en la duración de los síntomas, no en los síntomas en sí (Pop-Jordanova, 2021).

Actualmente el duelo prolongado ha sido incluido como entidad patológica, denominada Trastorno de Duelo Prolongado, en la undécima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) y en la quinta edición, versión revisada, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR).

2.2 Trastorno de Duelo Prolongado

Dentro de la literatura se puede encontrar una falta de unanimidad en la conceptualización relacionada con el duelo patológico. Las entidades que se utilizan para referirse a este concepto son: trastorno de duelo prolongado, duelo complicado y trastorno de duelo complejo persistente. Es por ello que Maciejewski, et al., (2016) hicieron un estudio con el objetivo de determinar si el trastorno de duelo prolongado, el duelo complicado y el trastorno de duelo complejo persistente son entidades de diagnóstico sustancial o simplemente semánticamente diferentes; concluyendo que el trastorno de duelo prolongado y el trastorno de duelo complejo persistente representan la misma entidad diagnóstica, mientras

que el duelo complicado se refiere a una entidad diagnóstica completamente diferente.

La patología en torno a el duelo complicado se atribuye a factores distintos del duelo (ej. depresión, traumas, ansiedad) que interfieren con los procesos de duelo normal y conducen a un período de duelo agudo prolongado e intensificado, que incluye síntomas de añoranza, pensamientos o imágenes frecuentes de la persona fallecida, sentimientos de intensa soledad o vacío y la sensación de que la vida sin esta persona no tiene propósito ni significado (Shear, et al., 2011; Maciejewski, et al., 2016).

Para el presente estudio se ha decidido emplear el término duelo prolongado, debido a que es el que tiene más sustento empírico y el que se usa en los manuales diagnósticos y estadísticos.

El trastorno de duelo prolongado es una entidad patológica caracterizada por angustia emocional elevada, anhelo y preocupación por el difunto, y deterioro funcional significativo persistente después de la pérdida (Killikelly, et al., 2017).

Dentro de la literatura la prevalencia de esta patología varía según las características propias de cada muestra, los criterios diagnósticos utilizados, el tiempo transcurrido, etc.

En el estudio longitudinal de Coelho, et al. (2015) con cuidadores, se detectaron tasas de incidencia del trastorno de duelo prolongado de 28.8% en la primera evaluación diagnóstica (6 meses aproximadamente después de la muerte). Sin embargo, 12 meses después de la muerte, la incidencia del trastorno disminuyó al 15.1 %.

En otro estudio longitudinal, Tsai, et al. (2016) reportaron que el duelo prolongado tuvo la mayor prevalencia a los 6 meses posteriores a la pérdida (7.37 %). Los meses posteriores se reportaron prevalencia de 1.80% a los 13 meses, 2.49% a los 18 meses y 1.85% a los 24 meses después de la pérdida.

Mientras que en el estudio longitudinal de Lundorff, et al. (2021) se reportó que aproximadamente una de cada cinco personas en duelo (18.9%) cumplió con los criterios para

probable trastorno de duelo prolongado de acuerdo con los criterios establecidos en la CIE-11 a los seis meses después de la pérdida, uno de cada siete (13.4%) cumplió con los criterios once meses después de la pérdida.

Siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE-11 las tasas de prevalencia para el trastorno de duelo prolongado reportadas por Rosner, et al., (2021) fueron de 1.5% en población general y 4.2% entre personas en duelo, mientras que con los criterios del DSM-5-TR fueron de 1.2% en población general y 3.3% entre dolientes.

En participantes franceses que habían sufrido la pérdida de su pareja, la tasa de prevalencia fue de 21.9% y 15.4% en participantes togoleses que habían sufrido el mismo tipo de pérdida (Kokou-Kpolou, et al., 2020).

En la investigación realizada por Pohlkamp, et al. (2018) con padres suecos de niños que habían muerto de cáncer de uno a cinco años antes, se encontró una prevalencia del 16%.

La tasa del trastorno de duelo prolongado fue del 13.4% en un estudio realizado con población universitaria. Dentro de esta muestra, la prevalencia del trastorno en estudiantes negros fue de 16.7%, asiáticos de 15.8%, hispanos 10.5%, mientras que en estudiantes blancos de 8.8% (Glickman, 2021).

La prevalencia de este trastorno en población turca es aproximadamente del 11.4% y 10% en cada una de las muestras independientes en el estudio realizado por Işıklı, et al. (2022).

La muestra de población australiana en el estudio de Thomas, et al., (2014) muestra que los 13 meses después de la muerte, el 11 % de los cuidadores cumplieron con los criterios del trastorno de duelo prolongado.

Por otro lado, Villar, et al. (2012) reportaron una tasa de prevalencia de 10.3% en su estudio mientras que Lenger, et al., (2020) señalan entre un 6–10% de personas en duelo que padecen la patología.

En un estudio realizado con población alemana señala una prevalencia de 9,8% (Schaal, et al., 2014), mientras que otro estudio realizado en adultos mayores alemanes con edades entre 60 y 80 años, la prevalencia de trastorno de duelo prolongado fue del 0.8%, sin embargo, el 5.2% de los participantes puntuaron por encima del corte del instrumento PG-13 (Treml, et al., 2022).

Con lo anteriormente expuesto se pueden observar las prevalencias que se muestran en los diversos estudios, oscilando así entre el 0.8% al 28.8% aproximadamente.

2.2.1 Trastorno de Duelo Prolongado en la CIE-11

Esta entidad patológica se encuentra dentro del capítulo 06 “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”, dentro de la categoría “Trastornos específicamente asociados con el estrés” con la codificación 6B42 “Trastorno de Duelo Prolongado”.

La CIE-11 propone los siguientes criterios diagnósticos para esta entidad (Szuhany, et al., 2021):

- Historial de duelo después de la muerte de una pareja, padre, hijo u otro ser querido
- Al menos uno de los siguientes síntomas: Un anhelo persistente y generalizado por el difunto; una preocupación persistente y generalizada por el difunto.
- Al menos un síntoma de dolor emocional intenso: tristeza, culpa, ira, negación, reproche; dificultad para aceptar la muerte; sentir que se ha perdido una parte de uno mismo; una incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo; entumecimiento emocional; dificultad para participar en actividades sociales o de otro tipo.
- La perturbación causa un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.
- Tiempo y deterioro: persistente durante un período de tiempo anormalmente largo

(más de 6 meses como mínimo); después de la pérdida, claramente excediendo las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo.

2.2.2 Trastorno de Duelo Prolongado en el DSM-5-TR

Este trastorno se encuentra dentro del capítulo “Trastornos relacionados con el trauma y el estrés” con la codificación F43.8 “Trastorno de Duelo Prolongado”.

Criterios diagnósticos (Prigerson, et al., 2021):

- A. La muerte, hace al menos 12 meses, de una persona cercana al doliente (para niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).
- B. Desde la muerte, ha habido una respuesta de duelo caracterizada por uno o ambos de los siguientes, en un grado clínicamente significativo, casi todos los días o con mayor frecuencia durante al menos el último mes:
 - Anhelos/anhelos intensos por la persona fallecida
 - Preocupación por pensamientos o recuerdos de la persona fallecida (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte)
- C. Como resultado de la muerte, al menos 3 de los siguientes 8 síntomas se han experimentado en un grado clínicamente significativo desde la muerte, incluso casi todos los días o con más frecuencia durante al menos el último mes:
 - Alteración de la identidad (p. ej., sentir que parte de uno mismo ha muerto)
 - Marcado sentido de incredulidad acerca de la muerte.
 - Evitación de recordatorios de que la persona está muerta (en niños y adolescentes, puede caracterizarse por esfuerzos para evitar

recordatorios).

- Dolor emocional intenso (p. ej., ira, amargura, tristeza) relacionado con la muerte.
- Dificultad con la reintegración a la vida después de la muerte (p. ej., problemas para relacionarse con amigos, perseguir intereses, planificar para el futuro).
- Entumecimiento emocional (es decir, ausencia o marcada reducción en la intensidad de la emoción, sensación de aturdimiento) como resultado de la muerte.
- Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte.
- Soledad intensa (es decir, sentirse solo o separado de los demás) como resultado de la muerte.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La duración y severidad de la reacción de duelo excede claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo.

F. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno depresivo mayor, un trastorno de estrés postraumático u otro trastorno mental, ni se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación, alcohol) u otra afección médica.

Los conjuntos de criterios diagnósticos presentados en los manuales clínicos para la detección de esta patología reflejan algunas similitudes y diferencias entre sí. La diferencia en cuanto al marco temporal radica en que en el DSM se requiere un mínimo de 12 meses desde la muerte mientras que la CIE expone un mínimo de 6 meses.

Ambos conjuntos de criterios incluyen síntomas de anhelo o preocupación por pensamientos o recuerdos del difunto, de la misma manera ambos consideran el contexto del individuo, así como las normas sociales, culturales o religiosas. Por otro lado, el conjunto de criterios del DSM-5 requiere que al menos otros tres síntomas ocurran casi todos los días durante al menos el último mes.

Finalmente, el trastorno de duelo prolongado se encuentra en distintas secciones/capítulos de los manuales, mientras que en el DSM-5 el diagnóstico se encuentra en la sección de *trauma y otros trastornos relacionados con el estrés*, en la CIE-11 se encuentra en el capítulo *trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*.

2.3 Duelo complicado en población mexicana

No existen estudios en México que evalúen los factores asociados al duelo prolongado. El único estudio que existe acerca del tema se refiere al constructo “duelo complicado”. A pesar de ello, se revisará a continuación como un antecedente de las características de la población mexicana que presenta duelos desadaptativos.

Chaurand, et al., (2015) estudió una muestra de 321 personas mexicanas (51,4% mujeres y 48,6% hombres), principalmente habitantes de los estados de Guanajuato y Jalisco, que habían sufrido la pérdida de un ser querido por lo menos 2 meses antes de contestar los cuestionarios.

Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de depresión de Beck-II (Beck, et al., 1996), Inventario de Historia de Pérdidas (Chaurand, et al., 2010) e Inventario de Duelo Complicado (Prigerson, et al., 1995).

Los resultados obtenidos señalan que aproximadamente el 12.46% de los participantes alcanzaron puntuaciones, correspondientes a duelo complicado; también encontraron que los síntomas de este duelo estaban más presentes entre los participantes entre 6 meses y 12 meses

después de la pérdida y se observaron mayores puntuaciones en depresión en aquellos que cumplieron criterios de duelo complicado.

Por otro lado, los resultados de la regresión logística binaria señalan que el haber perdido una pareja, el relacionar su sintomatología depresiva con alguna pérdida, y el tener pérdidas de seres queridos no superadas, se relacionaron con la presencia de duelo complicado.

CAPÍTULO 3. DUELO PROLONGADO Y VARIABLES ASOCIADAS

La literatura ha expuesto que existen diversos factores que pueden contribuir a las reacciones de duelo prolongado, algunos de ellos son pensamientos de mala adaptación (p. ej. culpa), comportamientos evitativos, incapacidad para manejar emociones, falta de apoyo social, etc. (Szuhany, et al., 2021).

En un estudio longitudinal de 6 meses realizado por Nielsen. y colaboradores (2017) con cuidadores, expusieron que los síntomas graves de duelo reportados antes de la pérdida predijeron duelo prolongado en un 26% de los participantes y que los síntomas depresivos previos a la pérdida fueron los principales predictores de duelo prolongado en un 28%. Con respecto a factores sociodemográficos, encontraron que ser pareja y ser un cuidador con menos de 10 años de educación predijeron este tipo de duelo.

Otro estudio longitudinal, de tres años, realizado con cuidadores primarios de pacientes con cáncer en las etapas finales de la vida e ingresados a los servicios de cuidados paliativos, señalaron que tanto el duelo y dolor previos a la pérdida, así como la percepción del afrontamiento a la situación fueron altamente predictores de la presencia del trastorno de duelo prolongado a largo plazo (Zordan, et al., 2019).

Thomas, et al., (2014) en su estudio longitudinal, con mediciones antes de la pérdida, 6 y 13 meses después de la pérdida, con cuidadores australianos de pacientes paliativos refiere que las puntuaciones más altas en los síntomas de duelo prolongado previos a la muerte estaban fuertemente relacionadas con las puntuaciones más altas en los síntomas de duelo prolongado 6 meses después del fallecimiento. A los 13 meses de la pérdida, las puntuaciones más altas de duelo prolongado y angustia reportadas antes de la pérdida, el impacto del cuidado en el horario, ser cónyuge, el entorno familiar deficiente y las puntuaciones más bajas en el optimismo se relacionaron con puntuaciones más altas de los síntomas.

En un estudio realizado con personas viudas, 10 años después de la muerte de su esposo en la guerra de Kosovo, se encontró que tanto la rumiación como la evitación experiencial predijeron la gravedad de los síntomas de duelo prolongado (Morina, 2011).

Doering, et al., (2022) señala en sus resultados que la percepción inesperada de la muerte se asocia a un riesgo elevado del trastorno de duelo prolongado, así como a la gravedad de este. Mientras que Tsai, et al, (2016) señalan que la percepción de una muerte más difícil, la percepción de estar menos preparado para la muerte y la presencia de síntomas depresivos previos a la pérdida fueron predictores de la probabilidad de experimentar un duelo prolongado.

Por otro lado, el mal estado de salud física y mental en cuidadores primarios, de pacientes al final de la vida, predice el trastorno de duelo prolongado (Lenger, et al., 2020).

A continuación, se revisará lo que se ha documentado acerca de la influencia de variables específicas en el desarrollo de duelo prolongado incluyendo características sociodemográficas, la relación de parentesco entre el doliente y el fallecido, factores relacionados con la muerte, así como la comorbilidad con diferentes psicopatologías.

3.1 Duelo prolongado y características sociodemográficas

Dentro de las características sociodemográficas, se puede encontrar a la edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión y ocupación.

3.1.1 Sexo

Los resultados de distintas investigaciones señalan discrepancia en la relación existente entre la variable sexo y la presencia de duelo prolongado.

Se ha reportado que la presencia de duelo prolongado se asocia con ser mujer en muestra de poblaciones con distintas características. Sin embargo, el estudio realizado por Kokou-Kpolou, et al., (2020) en el que compararon participantes franceses y togoleses

reportaron que el ser hombre entre los dolientes togoleses mostró un riesgo más elevado de duelo prolongado. En la Tabla 1, se exponen distintos resultados con esta variable.

Tabla 1. Resultados de investigaciones con la variable “sexo”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Thomas, et al., (2014).	No	134 cuidadores primarios australianos de pacientes paliativos	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Işıklı, et al. (2022)	No, en ambos estudios	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271)	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Comtesse, et al., (2019)	No	99 adultos (árabes, kurdos, afganos, yazidis y persa) solicitantes de asilo en Alemania.	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Traumático
Glickman, (2021).	No	974 estudiantes universitarios	Muerte natural Accidente Homicidio Suicidio	Inventario de Duelo Complicado
Coelho, et al., (2015)	No	73 cuidadores portugueses de cuidados paliativos	Cáncer No cáncer Otros	PG-13
Treml, et al., (2022)	Sí	2187 ciudadanos de Leipzig, Alemania, de entre 60 a 80 años	Muerte natural Accidente Suicidio Muerte violenta	PG-13
Pohlkamp, et al., (2018)	Sí	232 padres suecos de niños	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Specht, et al., (2022)	Sí	1051 participantes de habla árabe	Muertes no violentas Muertes violentas	PG-13
Schaal, et al., (2014)	Sí	61 participantes alemanes en duelo	Enfermedad Edad Accidente	PG-13
Wu, et al., (2022)	Sí	212 cuidadores de un programa de cuidados paliativos canadiense	No especificada	PG-13
Smith, et al., (2021)	Sí	647 adultos en duelo	No violenta Violenta	PG-13

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Titlestad, B., et al., (2022)	No	93 padres noruegos en duelo por la muerte de un hijo	Muerte por drogas	PG-13
Zhou, et al., (2020).	Sí	1030 padres chinos que habían perdido a su único hijo	No violento Violenta	PG-13
Boelen, et al., (2020)	Sí	322 adultos en duelo	Natural No natural	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	Sí	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
Kokou-Kpolou, et al., (2020)	Sí en togolesses	235 viudos (73 franceses y 162 togolesses)	Muerte brutal Muerte esperada	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.1.2 Edad

Con respecto a la edad de los participantes, Boelen, et al., (2022) encontraron que la prevalencia del trastorno de duelo prolongado fue superior en participantes de mayor edad.

Por otro lado, la investigación, realizada por Zhou N., et al., (2020) encontró que los padres más jóvenes tenían síntomas de trastorno de duelo prolongado más graves. Así mismo Specht, et al. (2022) señala que una edad más joven se asocia con mayores puntajes del trastorno de duelo prolongado.

Del mismo modo, Işıklı, et al. (2022) refiere que la edad del doliente es un factor de riesgo para la presencia de duelo prolongado. Sin embargo, diversos autores señalan que la edad no es un factor de riesgo de duelo prolongado.

Tabla 2. Resultados de investigaciones con la variable “edad”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Thomas, et al., (2014).	No	134 cuidadores primarios australianos de pacientes paliativos	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Comtesse, et al., (2019)	No	99 adultos (árabes, kurdos, afganos, yazidis y persa) solicitantes de asilo en Alemania.	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Traumático
Glickman, (2021).	No	974 estudiantes universitarios	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Complicado
Pohlkamp, et al., (2018)	No	232 padres suecos de niños	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Schaal, et al., (2014)	No	61 alemanes en duelo	Enfermedad Edad Accidente	PG-13
Coelho, et al., (2015)	No	73 cuidadores portugueses de cuidados paliativos	Cáncer No cáncer Otros	PG-13
Smith, et al., (2021)	No	647 adultos en duelo	No violenta Violenta	PG-13
He, et al., (2014)	No	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	No	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
Işıklı, et al. (2022)	Sí, estudio 2	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271)	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Boelen, et al., (2022)	Sí	306 personas adultas en duelo	No natural/violenta Natural/no violenta	PG-13
Specht, et al., (2022)	Sí	1051 participantes de habla árabe	Muertes no violentas Muertes violentas	PG-13
Boelen, et al., (2020)	Sí	322 personas en duelo	Natural No natural	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.1.3 Escolaridad

Otra variable que ha sido estudiada como factor de riesgo para la presencia de este proceso es la escolaridad, en donde el estudio realizado por Kokou-Kpolou, et al., (2020) informó que la educación se asocia a la severidad de los síntomas de duelo prolongado. Los participantes franceses con niveles de educación más bajos y los togoleses con un nivel educativo superior tenían un mayor riesgo.

Siguiendo los resultados de los participantes franceses, Boelen, et al., (2022) y Smith, et al., (2021) también señalan que en sus estudios los participantes con niveles más bajos de educación tuvieron puntajes más altos de duelo prolongado.

En cuidadores australianos, Thomas, et al., (2014) señala que los cuidadores que no habían completado la escuela preparatoria tenían puntuaciones de síntomas de duelo prolongado más altas que aquellos que sí la habían concluido. A pesar de ello, otros autores mencionan que el nivel educativo no se relaciona con la gravedad de los síntomas de duelo.

Tabla 3. Resultados de investigaciones con la variable “escolaridad”.

Autor/es	Asoc.	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Işıklı, et al. (2022)	No, en ambos estudios	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271).	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Comtesse, et al., (2019)	No	99 adultos (árabes, kurdos, afganos, yazidis y persa) solicitantes de asilo en Alemania	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Traumático
Specht, et al., (2022)	No	1051 participantes de habla árabe	Muertes no violentas Muertes violentas	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	No	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
He, et al., (2014)	No	445 dolientes chinos.	Médico Traumático	PG-13

Autor/es	Asoc.	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Thomas, et al., (2014).	Sí	134 cuidadores primarios australianos de pacientes paliativos	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Smith, et al., (2021)	Sí	647 adultos en duelo	No violenta Violenta	PG-13
Zhou, et al., (2020).	Sí	1030 padres chinos que habían perdido a su único hijo	No violento Violenta	PG-13
Boelen, et al., (2022)	Sí	306 personas adultas en duelo	No natural/violenta Natural/no violenta	PG-13
Kokou-Kpolou, et al., (2020)	Sí	235 viudos (73 franceses y 162 togoleses).	Muerte brutal Muerte esperada	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.1.4 Estado Civil

Pocas investigaciones han retomado la variable estado civil, las cuales no encontraron diferencias en la expresión del duelo en relación con la variable.

Tabla 4. Resultados de investigaciones con la variable “estado civil”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Işıklı, et al. (2022)	No, estudio 1	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271)	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Coelho, et al., (2015)	No	73 cuidadores portugueses de cuidados paliativos	Cáncer No cáncer Otros	PG-13
He, et al., (2014)	No	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.1.5 Religión

Los participantes con religión budista experimentaron un nivel más alto de síntomas de trastorno de duelo prolongado que aquellos que no tenían creencias religiosas (He, et al.,

2014). De la misma manera, los padres chinos con creencias religiosas presentan mayor riesgo de duelo prolongado que los padres sin creencias religiosas (Yuan, et al., 2022).

El estudio de Schaal, et al., (2014) menciona que los altos niveles de creencias religiosas estaban asociados con síntomas más severos de trastorno de duelo prolongado.

Por el contrario, el estudio realizado por Glickman (2021) refiere que la religión o espiritualidad no es un factor asociado a este proceso.

Tabla 5. Resultados de investigaciones con la variable “religión”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Glickman (2021).	No	974 estudiantes universitarios	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Complicado
Schaal, et al., (2014)	Sí	61 alemanes en duelo	Enfermedad Edad Accidente	PG-13
He, et al., (2014)	Sí	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.1.6 Ocupación

De acuerdo con investigaciones, la variable ocupación, en específico el desempleo después de la pérdida, aumenta drásticamente el riesgo de severidad de los síntomas de duelo prolongado en los dolientes franceses (Kokou-Kpolou, et al., 2020). Asimismo, en el estudio realizado por Estevan, et al., (2016), la presencia de duelo prolongado se asoció con la situación laboral del doliente “no trabaja”, en donde se incluyeron ser desempleado, ama de casa o jubilado.

A pesar de lo anterior, en otro estudio la ocupación no se relaciona con la presencia de este tipo de duelo (Titlestad, et al., 2022).

Tabla 6. Resultados de investigaciones con la variable “ocupación”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Titlestad, et al., (2022)	No	93 padres noruegos en duelo por la muerte de un hijo	Muerte por drogas	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	Sí	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
Kokou-Kpolou, et al., (2020)	Sí, con población francesa	235 viudos (73 franceses y 162 togoleses)	Muerte brutal Muerte esperada	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.2 La relación de parentesco entre el doliente y el fallecido

Referente a la relación de parentesco se encuentra la investigación realizada por Comtesse, et al. (2019) que señala que los niveles más altos de síntomas de duelo prolongado se encuentran en participantes que habían reportado pérdidas de algún miembro de la familia nuclear (cónyuge, hijo, padre, hermano).

Las investigaciones realizadas por Boelen, et al., (2022) y He, et al., (2014) señalan que la presencia de trastorno de duelo prolongado está relacionada con la muerte de un hijo o una pareja, estos últimos autores mencionan que la pérdida de un hijo es el predictor más notable seguido de la pérdida de un cónyuge. Del mismo modo Trembl, et al., 2022 señala que la pérdida de un hijo, pareja o hermano se asoció con niveles más altos de síntomas de duelo prolongado en comparación con la pérdida de un padre.

Por otro lado, Specht, et al. (2022) menciona que la pérdida de un padre o familiares cercanos (pareja, hijos y hermanos) se asocia con la presencia de este duelo. Así mismo, Glickman (2021) señala la pérdida de un padre o un hermano.

El estudio de Thomas, et al., (2014) refiere que los cuidadores del cónyuge informaron puntuaciones de síntomas de duelo prolongado significativamente más altas que

los cuidadores de los padres.

La muerte de un abuelo y/ o amigo no se relacionan con la presencia de duelo prolongado (Specht, et al., 2022).

Estevan, et al. (2016), Coelho, et al., (2015) y Işıklı, et al. (2022) en sus investigaciones señalan que la relación de parentesco no se asocia a la presencia de duelo prolongado.

Tabla 7. Resultados de investigaciones con la variable “relación de parentesco”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Coelho, et al., (2015)	No	73 cuidadores portugueses de cuidados paliativos	Cáncer No cáncer Otros	PG-13
Işıklı, et al. (2022)	No	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271)	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	No	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
Thomas, et al., (2014).	Sí	134 cuidadores primarios australianos de pacientes paliativos	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Glickman (2021).	Sí	974 estudiantes universitarios	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Complicado
Treml, et al., (2022)	Sí	2187 ciudadanos de Leipzig, Alemania, de entre 40 a 80 años	Muerte natural Accidente Suicidio Muerte violenta	PG-13
Specht, et al., (2022)	Sí	1051 participantes de habla árabe	Muertes no violentas (enfermedad) Muertes violentas	PG-13
Wu, et al., (2022)	Sí	212 cuidadores de un programa de cuidados paliativos canadiense	No especificada	PG-13
Smith, et al., (2021)	Sí	647 adultos en duelo	No violenta Violenta	PG-13

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Boelen, et al., (2020)	Sí	322 personas en duelo.	Natural No natural	PG-13
Boelen, et al., (2022)	Sí	306 personas adultas en duelo	No natural/violenta Natural/no violenta	PG-13
He, et al., (2014)	Sí	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.3 Factores relacionados con la muerte

Dentro de los factores relacionados a la muerte se pueden encontrar la causa de muerte y el tiempo transcurrido desde la muerte, estas variables serán retomadas en el presente estudio.

3.3.1 Causa de muerte

Dentro de esta variable, la muerte traumática ha sido relacionada con mayor severidad de sintomatología en el duelo prolongado (Kokou-Kpolou, et al., 2020; He, et al., 2014).

Del mismo modo la muerte violenta está relacionada a la presencia y síntomas elevados de duelo prolongado (Boelen, et al., 2022; Smith, et al., 2021; Zhou, et al., 2020). En el estudio de Smith, et al., (2020) señalan a la muerte violenta como resultado de una (in)acción humana como suicidio, homicidio, sobredosis accidental, negligencia médica.

De igual manera Treml, et al. (2022) menciona que las pérdidas violentas condujeron a síntomas de duelo más prolongados que las pérdidas naturales esperadas (es decir, enfermedades). Por el contrario, las pérdidas naturales repentinas se asociaron con menos síntomas en comparación con las pérdidas naturales esperadas.

Işıklı, et al. (2022) refiere que las muertes “no naturales” son un factor de riesgo para la presencia de esta patología. Mientras que Glickman (2021) refiere que las pérdidas súbitas o inesperadas y las pérdidas por suicidio se asociaron con la presencia de este duelo.

Yuan, et al., (2022) menciona que en padres chinos cuyo único hijo murió a causa de accidentes se observaban síntomas de duelo prolongado más graves que en comparación de aquellos donde su único hijo murió a causa de una enfermedad.

No obstante, en el metaanálisis realizado por Djelantik, et al. (2020) en personas en duelo debido a causas no naturales, señala que los eventos traumáticos (suicidio, homicidio intencional y accidentes) no son predictores del trastorno de duelo prolongado.

Tabla 8. Resultados de investigaciones con la variable “causa de muerte”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Treml, et al., (2022)	No	2187 ciudadanos de Leipzig, Alemania, de entre 40 a 80 años.	Muerte natural Accidente Suicidio Muerte violenta	PG-13
Coelho, et al., (2015)	No	73 cuidadores portugueses de cuidados paliativos	Cáncer No cáncer Otros	PG-13
Işıklı, et al. (2022)	Sí, en ambos estudios	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271).	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Glickman, (2021).	Sí	974 estudiantes universitarios	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Complicado
Wu, et al., (2022)	Sí	212 cuidadores de un programa de cuidados paliativos canadiense	No especificada	PG-13
Smith, et al., (2021)	Sí	647 adultos en duelo.	No violenta Violenta	PG-13
Zhou, et al., (2020).	Sí	1030 padres chinos que habían perdido a su único hijo	No violento Violenta	PG-13
Boelen, et al., (2020)	Sí	322 personas en duelo	Natural No natural	PG-13
Boelen, et al., (2022)	Sí	306 personas adultas en duelo	No natural/violenta Natural/no violenta	PG-13
He, et al., (2014)	Sí	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Kokou-Kpolou, et al., (2020)	Sí, en franceses	235 viudos (73 franceses y 162 togoleses)	Muerte brutal Muerte esperada	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.3.2 Tiempo transcurrido desde la muerte

Diversos estudios han puesto en manifiesto que la presencia y niveles más altos de sintomatología de duelo prolongado se asocia a un tiempo más corto transcurrido desde la muerte (Titlestad, et al., 2022; Smith, et al., 2021; Kokou-Kpolou, et al., 2020; Zhou, et al., 2020; Djelantik, et al., 2020; Treml, et al., 2022).

A pesar de los resultados anteriores, Schaal, et al., (2014), Estevan, et al., (2016), Specht, et al. (2022), Pohlkamp, et al. (2018), Glickman (2021) y Işıklı, et al. (2022) señalan que el tiempo transcurrido desde el fallecimiento no es un factor de riesgo de este duelo.

Tabla 9. Resultados de investigaciones con la variable “tiempo desde la muerte”.

Autor/es	Asoc.	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Işıklı, et al. (2022)	No, en ambos estudios	Adultos turcos Estudio 1 (306), estudio 2 (271).	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Glickman (2021).	No	974 estudiantes universitarios	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Complicado
Pohlkamp, et al., (2018)	No	232 padres suecos de niños que habían muerto de cáncer	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Schaal, et al., (2014)	No	61 alemanes en duelo	Enfermedad Edad Accidente	PG-13
Treml, et al., (2022)	Sí	2187 ciudadanos de Leipzig, Alemania, de entre 40 a 80 años.	Muerte natural Accidente Suicidio Muerte violenta	PG-13

Autor/es	Asoc.	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Smith, et al., (2021)	Sí	647 adultos en duelo	No violenta Violenta	PG-13
Titlestad, et al., (2022)	Sí	93 padres noruegos en duelo por la muerte de un hijo	Muerte por drogas	PG-13
Zhou, et al., (2020).	Sí	1030 padres chinos que habían perdido a su único hijo	No violento Violenta	PG-13
Boelen, et al., (2020)	Sí	322 personas en duelo	Natural No natural	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	No	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
He, et al., (2014)	No	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13
Kokou-Kpolou, et al., (2020)	Sí, en ambas muestras	235 viudos (73 franceses y 162 togoleses).	Muerte brutal Muerte esperada	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

3.4 La comorbilidad con diferentes psicopatologías

Por razones de interés en este estudio se retomarán la comorbilidad con ansiedad y depresión.

3.4.1 Ansiedad

La presencia de duelo prolongado se asoció con la presencia de trastorno por ansiedad generalizada (Estevan, et al., 2016). De la misma manera el estudio realizado por He, et al., (2014) señala una correlación de moderada a alta entre el duelo prolongado y la ansiedad, en donde el 75% de los participantes con trastorno de duelo prolongado tenían una probable ansiedad. Los resultados se observan en la Tabla 10.

3.4.2 Depresión

Los niveles de sintomatología depresiva se asocian con la presencia de duelo prolongado (Estevan, et al., 2016; Pohlkamp, et al. 2018; Boelen, et al., 2020; Treml, et al., 2022; Schaal, et al., 2014; He, et al., 2014)

Tabla 10. Resultados de investigaciones con la variable “psicopatología”.

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Ansiedad				
Işıklı, et al. (2022)	Sí	Adultos turcos, Estudio 1 (306), estudio 2 (271).	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Pohlkamp, et al., (2018)	Sí	232 padres suecos de niños que habían muerto de cáncer	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Estevan Burdeos, et al., (2016)	Sí	299 españoles de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
He, et al., (2014)	Sí	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13
Depresión				
Işıklı, et al. (2022)	Sí	Adultos turcos, Estudio 1 (306), estudio 2 (271).	Muerte natural Muerte no natural	PG-13
Comtesse, et al., (2019)	Sí	99 participantes (árabes, kurdos, afganos, yazidis y persa) solicitantes de asilo en Alemania	Muerte natural Muerte no natural	Inventario de Duelo Traumático
Treml, et al., (2022)	Sí	2187 ciudadanos de Leipzig, Alemania, de entre 40 a 80 años.	Muerte natural Accidente Suicidio Muerte violenta	PG-13
Pohlkamp, et al., (2018)	Sí	232 padres suecos de niños	Muerte natural (cáncer)	PG-13
Schaal, et al., (2014)	Sí	61 alemanes en duelo	Enfermedad Edad Accidente	PG-13

Autor/es	Asoc	Características de la muestra	Tipo de muerte	Instrumento utilizado
Estevan Burdeos, et al., (2016)	Sí	299 españoles, de centros de cuidados paliativos	Enfermedades Causas externas de mortalidad	PG-13
He, et al., (2014)	Sí	445 dolientes chinos	Médico Traumático	PG-13

Nota: Asoc: asociación, indica la presencia o ausencia de asociación con la variable evaluada. Elaboración propia.

Como se ha observado hasta el momento, los resultados sobre la relación entre el duelo prolongado con las variables sociodemográficas, la relación de parentesco entre el doliente y el fallecido, factores relacionados con la muerte y la comorbilidad con diferentes psicopatologías arrojan resultados inconstantes que dependen, en gran medida, de las características propias de cada muestra.

Este estudio pretende insertarse dentro de esta línea de investigación al indagar acerca de la posible relación entre la presencia de duelo prolongado con distintas variables relacionadas a los participantes, la relación de parentesco y muerte de su ser querido, así como comorbilidad con ansiedad y depresión.

MÉTODO

Planteamiento del problema

El duelo prolongado es una condición de duelo desadaptativo, en donde se experimentan síntomas de duelo persistentes y debilitantes que exponen a los dolientes a mayores riesgos de presentar problemas de salud mental y física, así como a una disminución de la calidad de vida.

La prevalencia de esta patología varía de acuerdo con la muestra poblacional y sus propias características. Se estima que aproximadamente el 16% de los padres suecos (Pohlkamp, et al., 2018), 15.1% de cuidadores después de un año de la muerte de su ser querido (Coelho, et al., 2015), el 10.3% de los familiares de pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivo (Villar, et al., 2012) y el 0.8% de los adultos mayores alemanes (Tremel, et al., 2022) presenta sintomatología y un posible diagnóstico de duelo prolongado.

La revisión de literatura realizada hasta este momento permite identificar las características, prevalencia y efecto de este proceso en la vida del afligido, sin embargo, los resultados encontrados sobre la relación de algunos factores de riesgo con la presencia de duelo prolongado han sido contradictorios

Las investigaciones señalan que dentro de las variables relacionadas a duelo prolongado se puede encontrar el ser mujer, tener creencias religiosas, tener la ocupación “no trabaja”, el haber perdido a una pareja o hijo a través de una muerte traumática o violenta, tiempo más corto desde la pérdida, así como la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

Estos hallazgos sugieren variaciones en la gravedad de los síntomas de duelo entre poblaciones y culturas. Existen datos etnográficos que han evidenciado las diferencias culturales en las reacciones ante el duelo, los procesos de duelo y los perfiles de factores de

riesgo (Kokou-Kpolou, et al., 2020). No hay evidencia de que se haya estudiado el fenómeno de duelo prolongado en población mexicana, por lo que se desconoce si tendrá características diferentes de las de otras poblaciones estudiadas.

Por lo anterior el propósito de este estudio es conocer la prevalencia de síntomas de duelo prolongado en una muestra de personas mexicanas que viven un duelo, así como las variables asociadas al duelo prolongado.

Pregunta de investigación

¿Cuál será la prevalencia de síntomas de duelo prolongado en una muestra de personas mexicanas? ¿Cuáles serán las variables asociadas al duelo prolongado?

Objetivo general

Conocer la prevalencia de síntomas de duelo prolongado en una muestra de personas mexicanas en duelo. Identificar las variables asociadas a la presencia de duelo prolongado.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de síntomas de duelo prolongado.
- Explorar las características del duelo prolongado en nuestra muestra.
- Identificar las variables asociadas a la presencia de duelo prolongado.
- Identificar si las características del duelo prolongado varían de acuerdo con las diferentes variables exploradas.

Hipótesis

H1. La prevalencia de síntomas de duelo prolongado será aproximadamente del 10%.

H2. Los niveles de escolaridad más bajos, ser mujer, ser desempleado y ser soltero serán factores de riesgo para la presencia de duelo prolongado.

H3. El parentesco más cercano con el difunto estaría relacionado con síntomas más severos.

H4. Las causas de muerte como COVID y muerte violenta serán predictoras de duelo prolongado.

H5. La prevalencia de duelo prolongado estará relacionada con la presencia de psicopatología.

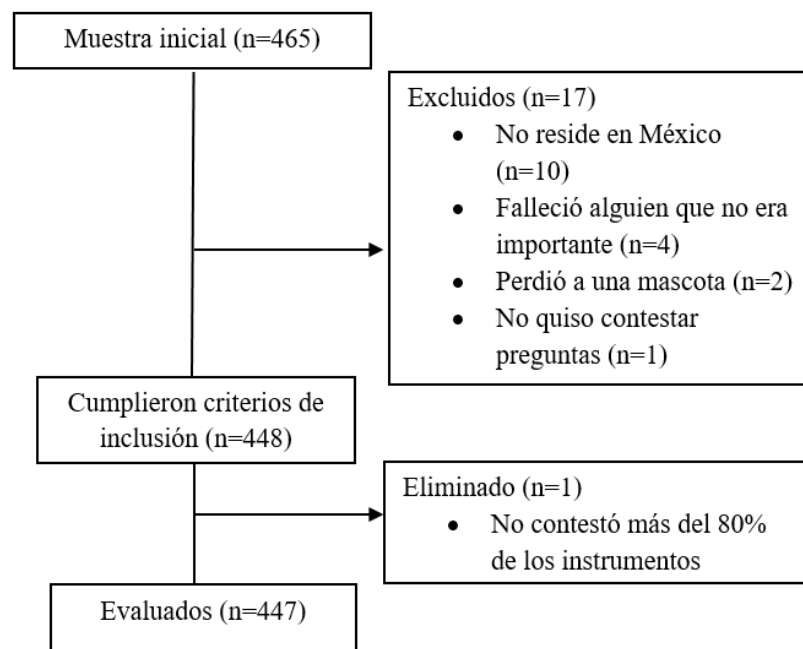
H0. La prevalencia de duelo prolongado será menor al 10%. No se encontrarán variables asociadas a duelo prolongado.

Participantes

Se trabajó con una muestra de personas mexicanas, seleccionada mediante un muestreo no probabilístico, conformada por 447 adultos (mujeres y hombres) con edades comprendidas entre los 15 y los 79 años.

Se recolectó una muestra de 465 participantes. En la figura 1 se muestra cuántos participantes cumplieron los criterios de inclusión, cuántos fueron excluidos y por qué razones y cuántos fueron eliminados. La muestra final se conformó de 447 participantes.

Figura 1. *Muestra final de participantes.*



Fuente: Elaboración propia.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres mexicanos que residan en algún estado de la República Mexicana, que hayan perdido a un ser querido y que brinden su consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión

Que se encuentren en duelo por el fallecimiento de un animal o una situación (trabajo, relación, etc.) que no implique la muerte de alguien querido. Que expresen no desear contestar las preguntas.

Criterios de eliminación

Que no contesten más del 80% de los instrumentos.

Consideraciones éticas

Este proyecto fue aceptado por el comité de ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) (NER-4089-22—23-1) y está acorde con la Declaración de Helsinki, y las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética. Los participantes firmaron un consentimiento informado. La participación en este estudio fue voluntaria y anónima, se brindó un trato respetuoso y profesional, además de garantizar la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes. Al finalizar la recolección de datos, se proporcionó una lista de centros y servicios de atención psicológica a los participantes.

Así mismo, se desarrolló una tabla de riesgos y beneficios que los participantes podrían obtener de su participación (Tabla 11). La tabla sirvió para incluir en el estudio diversas recomendaciones para disminuir los posibles efectos de iatrogenia que se pudieran ocasionar.

Tabla 11. Riesgos y beneficios de participar en la presente investigación.

Riesgos	Beneficios
<ul style="list-style-type: none">● Los participantes en el estudio podrían sentirse inseguros para brindar su colaboración ya que se solicitaron datos personales (edad, sexo, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, religión) así como sus datos sobre el padecimiento que tuvo su ser querido y sobre cómo se siente acerca del fallecimiento. Por ende, se aseguró la confidencialidad de su participación, así como la entrega de un consentimiento informado en el que se explicaron los alcances de investigación del estudio y se señalaron los datos de contacto correspondientes para la aclaración de dudas.● Durante la participación, alguna de las preguntas podría generar malestar, por lo que se recomendó dejar de contestar el cuestionario en cualquier momento.	<ul style="list-style-type: none">● Los datos brindados se mantuvieron en confidencialidad.● Se brindaron contactos de apoyo y servicios psicológicos.

Fuente: Elaboración propia.

Diseño y tipo de estudio

Es un diseño no experimental de corte transversal correlacional, puesto que el estudio no presenta manipulación en las variables y pretende describir la relación o grado de asociación entre dos o más variables en un momento determinado (Sampieri, et al., 2008).

Instrumentos

Prolonged Grief Disorder (PG-13-Revised) (Prigerson, et al., 2021, Anexo 1). Es un cuestionario diseñado para detectar duelo prolongado en personas que han perdido a un ser querido hace 12 meses o más. Está compuesto por 13 ítems agrupados en cinco criterios, el primero es la pérdida de un ser querido; el segundo, síntomas de ansiedad intensa por separación (2 ítems); el tercero, duración mayor de seis meses; el cuarto, síntomas cognitivos, emocionales o conductuales (9 ítems); y el quinto, deterioro funcional. Los criterios primero,

tercero y quinto tienen una respuesta dicotómica (sí/no). Los ítems de los criterios segundo y cuarto se valoran por una escala tipo Likert de cinco respuestas (de 1 a 5), donde 1 significa ausencia de ese síntoma y 5 la mayor de las intensidades. El punto de corte es una puntuación de 30. El instrumento presenta una consistencia interna de $\alpha=0.90$ (Prigerson, et al., 2021).

Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) (Spitzer, et al., 2006, Anexo 2). Es un instrumento de 7 ítems que se utiliza para evaluar la presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada (correspondiente a los criterios de DSM-5) durante las últimas 2 semanas. Se puntúa en una escala Likert donde cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Los puntos de corte son: 0-4 = No se aprecian síntomas de ansiedad; 5-9 = Se aprecian síntomas de ansiedad leves; 10-14 = Se aprecian síntomas de ansiedad moderados y 15-21 = Se aprecian síntomas de ansiedad severos. En población mexicana presenta una confiabilidad interna de $\alpha=0.93$ y una validez interna de 58.3 (Gaitán-Rossi, et al., 2021).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke, et al., 2001, Anexo 3). Es un instrumento que consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Se puntúa en una escala Likert donde cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Los puntos de corte son: 0-4 = Se aprecian síntomas de depresión mínimos; 5-9 = Se aprecian síntomas de depresión leves; 10-14 = Se aprecian síntomas de depresión moderados; 15-19 = Se aprecian síntomas de depresión moderadamente severos y 20-27 = Se aprecian síntomas de depresión severos. En población mexicana presenta una consistencia interna de $\alpha=0.81$ (Arrieta, et al., 2017).

Definición conceptual de variables

Duelo prolongado: El duelo prolongado implica el desarrollo de una respuesta de duelo persistente caracterizada por un anhelo intenso por la persona fallecida; preocupación por pensamientos o recuerdos del difunto; alteración de la identidad; sensación de incredulidad sobre la muerte; evitación de recordatorios de que la persona está muerta; dolor emocional intenso; dificultad para reintegrarse a las relaciones y actividades personales; entumecimiento emocional; sentir que la vida y soledad intensa (American Psychiatric Association, 2022).

Ansiedad: Estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, presenta una combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos como reacciones de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, además de la sensación de catástrofe o de peligro inminente (Sierra, et al., 2003).

Depresión: En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía (OMS, 2021).

Definición operacional de variables

Duelo prolongado: se obtuvo a partir de la suma de los reactivos 3 al 12 del instrumento PG-13-R. Se usaron dos definiciones:

- *Con diagnóstico de duelo prolongado*: para poder definir que una persona presentaba el diagnóstico de duelo prolongado, debía reunir los siguientes

requisitos: 1) una puntuación mayor de 30, 2) haber contestado en la pregunta 1 que sí había perdido a alguien significativo, 3) haber contestado en la pregunta 2 que habían pasado más de 12 meses desde la muerte de ese ser querido y 4) haber contestado que sí a la pregunta 13, que plantea que los síntomas le han causado deterioro en el área social, ocupacional y en otras áreas importantes de funcionamiento.

- *Con síntomas de duelo prolongado*: se consideró que una persona tenía síntomas de duelo prolongado cuando 1) obtenía una puntuación mayor de 30 en la escala de duelo prolongado.

Ansiedad: se adquirió a través de la suma de los 7 reactivos del instrumento GAD-7. Se consideró un punto de corte de: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Los puntos de corte son: 0-4 = No se aprecian síntomas de ansiedad; 5-9 = Se aprecian síntomas de ansiedad leves; 10-14 = Se aprecian síntomas de ansiedad moderados y 15-21 = Se aprecian síntomas de ansiedad severos.

Depresión: se obtuvo de la suma de los 9 reactivos del instrumento PHQ-9. Se consideró un punto de corte de: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Los puntos de corte son: 0-4 = Se aprecian síntomas de depresión mínimos; 5-9 = Se aprecian síntomas de depresión leves; 10-14 = Se aprecian síntomas de depresión moderados; 15-19 = Se aprecian síntomas de depresión moderadamente severos y 20-27 = Se aprecian síntomas de depresión severos

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de julio a diciembre del 2022 y enero del 2023.

A través de publicaciones en distintas redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)

se realizó la invitación a población general a participar en la investigación. También se invitó vía llamada telefónica a familiares de personas que fueron pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) que participaron en el programa de navegación de pacientes “Te Acompañamos”, un programa de atención que busca cubrir necesidades físicas y psicológicas de personas que viven con cáncer avanzado. Se llamó a los familiares de los pacientes que habían fallecido hace más de un año. En ambas vías se les proporcionó un enlace a un formulario de Google mismo al que se les pidió que accedieran y contestaran el cuestionario. Al término de contestar el cuestionario se les proporcionó una lista con diferentes centros y servicios de atención psicológica.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 25. En primer lugar, se realizó un análisis exploratorio para corroborar que no existieran errores de captura; durante este análisis se encontraron valores no informados en los instrumentos aplicados. Se aplicó el método de imputación de regresión a la media para los valores perdidos

Se realizó análisis bivariado a través de la prueba Chi cuadrada para muestras independientes con la finalidad de conocer si existían asociaciones entre las variables de estudio y la presencia de duelo prolongado. Aquellas variables en las que se encontró una asociación significativa en el análisis bivariado fueron consideradas para ser ingresadas al modelo.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística binomial para evaluar dos modelos: 1) Un modelo que presentará predictores de diagnóstico de duelo prolongado y 2) Un modelo de predictores de síntomas de duelo prolongado.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 447 personas mexicanas, con edades comprendidas de entre los 15 y 79 años. En la muestra total se observó una media de 38.56 años.

El 79.4% de la muestra estuvo conformada por mujeres, con alta escolaridad (más de licenciatura terminada, 79.9%), con alguna religión (62.6%), la mitad de la muestra reside en la región de Ciudad de México (50.1%), siendo en su mayoría sin pareja (63.1%) y profesionistas (53.9%).

Tabla 12. Características sociodemográficas de la muestra (n=447).

Características de la muestra	Total (n=447)	
	(n)	(%)
Sexo		
Hombre	92	20.6
Mujer	355	79.4
Edad		
Menos de 26 años	101	22.6
De 27 a 59 años	306	68.6
Más de 60 años	39	8.7
No respondió	1	0.2
Escolaridad		
Menos de licenciatura	90	20.1
Más de licenciatura	357	79.9
Estado civil		
Con pareja	164	36.7
Sin pareja	282	63.1
No respondió	1	0.2

Características de la muestra	Total (n=447)	
	(n)	(%)
Religión		
Con religión	280	62.6
Sin religión/Sin adscripción religiosa	162	36.2
No respondió	5	1.1
Ocupación		
Estudiante	66	14.8
No trabaja	50	11.2
Empleado	52	11.6
Profesionista	241	53.9
Independiente	28	6.3
No respondió	10	2.2
Lugar de residencia		
Región Noroeste	7	1.5
Región Noreste	16	3.5
Región Occidente y Bajío	38	8.5
Región Ciudad de México	224	50.1
Región Centro Sur y Oriente	134	29.9
Región Sur	26	5.8
No respondió	2	0.4

Nota: El lugar de residencia se clasificó de acuerdo a las seis regiones geográficas que propone el INEGI: 1) Región Noroeste: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora; 2) Región Noreste: Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas; 3) Región Occidente y Bajío: Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro, Zacatecas y Colima; 4) Región Ciudad de México: Ciudad de México; 5) Región Centro sur y Oriente: Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Veracruz; 6) Región Sur: Campeche, Chiapas, Guerrero, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán y Oaxaca. Fuente: Elaboración propia.

Características de la relación de parentesco

Se registraron un total de 452 pérdidas reportadas. La mayoría de los participantes reportaron la pérdida de un “familiar de 1er grado” con un 57.5%, dentro de la categoría se incluyeron la pérdida de pareja (8.6%), hijo (1.5%), padre o madre (47.3%). Seguido del

27.2% con la pérdida de un “familiar de 2do grado”, conformada por la pérdida de un hermano (8.6%) o abuelo (18.5%).

Dentro de la categoría “familia de 3er grado o más” se incluyeron tío(a), primo(a), o sobrino(a), quienes representan el 9.7% de la muestra. Mientras que en la categoría “otros”, 4.4%, se incluyeron amigos, colegas, exparejas, hija de mi pareja, pareja de mi madre o compadre.

Tabla 13. Frecuencias en la relación de parentesco reportada.

Relación de parentesco	Total (n=452)	
	(n)	(%)
Familiar de 1er grado	261	57.7
Familiar de 2do grado	123	27.2
Familiar de 3er grado o más	44	9.7
Otros	20	4.4
No respondió	4	0.8

Fuente: Elaboración propia.

Características relacionadas a la muerte

La causa de muerte que tuvo mayor prevalencia fue “muerte natural” con un 89.1% (403). Dentro de esta categoría se incluyeron las muertes por cáncer (23.6%); COVID (20.1%); natural (3.9%); otras enfermedades como enfermedades crónicas, lupus, neumonía, cardiopatías, etc. (19.2%); procedimientos repentinos como lo son los infartos, falla orgánica, sepsis, hemorragias, choques sépticos e hipovolémicos, etc. (20.5%); procedimientos médicos (1.5%). Dentro de “muerte violenta” se incluyeron muertes por suicidio, asesinatos, accidentes, violencia o desaparición, que presentó una prevalencia del 9.7% (44).

El tiempo desde el fallecimiento osciló desde un mes hasta los 492 meses, con una media de 46.63 meses. El 61.1% reportó una muerte entre los 13 y 60 meses, seguido del 20.1% con una pérdida menor a 12 meses.

Tabla 14. Características de la muerte reportadas (n=452).

	(n)	(%)
Causa de muerte		
Muerte natural	403	89.1
Cáncer	107	26.5
COVID	91	22.5
Por edad	18	4.5
Otras enfermedades	87	21.5
Procedimientos repentinos	93	23
Procedimientos médicos	7	1.7
Muerte violenta	44	9.7
Desconocida	4	0.8
No respondió	1	0.2
Tiempo de muerte		
Menos de 12 meses	90	20.1
De 13 a 60 meses	273	61.1
De 61 a 120 meses	47	10.5
Más de 121 meses	37	8.3

Fuente: Elaboración propia.

Prevalencia y características del duelo prolongado

Aproximadamente 27.3% de la muestra total presenta trastorno de duelo prolongado (122 participantes). Para el diagnóstico del trastorno de duelo prolongado, se utilizaron los criterios expuestos por el DSM-5-TR, es decir, que el tiempo de muerte sea igual o mayor a un año, haber experimentado en un grado clínicamente significativo desde la muerte síntomas cognitivos, emocionales y conductuales (los cuales se midieron con el instrumento PG-13-R de los ítems 3 al 12, cuyo punto de corte son puntuaciones >30) y el reporte de un deterioro significativo en diferentes esferas de la vida.

Por otro lado, 50.3% (225 participantes) presenta sintomatología de duelo prolongado,

es decir, alrededor de la mitad de la muestra cumplió con el punto de corte del instrumento PG-13-R (puntuaciones de 30 o mayores).

Por lo anterior, se decidió la creación de dos grupos: 1) Con trastorno de duelo prolongado y 2) Con sintomatología de duelo prolongado. Las características de ambos grupos son similares y están representadas en la Tabla 15, la mayoría de los participantes mostraron ser mujeres, de entre edades de 27 a 59 años, con una escolaridad mayor a licenciatura, sin pareja, con alguna religión o credo religioso y en su mayoría siendo profesionistas. Las pérdidas más reportadas por los grupos fueron familiares de primer grado, por muertes naturales y un tiempo de entre 13 y 60 meses después de la pérdida.

Tabla 15. Características de los grupos de participantes: con trastorno de duelo prolongado y con sintomatología de duelo prolongado.

Características	Con trastorno de duelo prolongado (n=122)	Con sintomatología de duelo prolongado (n=225)
Sexo		
Hombre, <i>n</i> (%)	16 (13.1)	31 (13.7)
Mujer, <i>n</i> (%)	106 (86.8)	194 (86.2)
Edad		
Menos de 26 años, <i>n</i> (%)	32 (26.2)	59 (26.2)
De 27 a 59 años, <i>n</i> (%)	84 (68.8)	149 (66.2)
Más de 60 años, <i>n</i> (%)	5 (4)	16 (7.1)
Escolaridad		
Menos de licenciatura, <i>n</i> (%)	26 (21.3)	52 (23.1)
Más de licenciatura, <i>n</i> (%)	96 (78.6)	173 (76.8)
Estado civil		
Con pareja, <i>n</i> (%)	40 (32.7)	70 (31.1)
Sin pareja, <i>n</i> (%)	81 (66.3)	154 (68.4)
Religión		
Con religión, <i>n</i> (%)	85 (69.6)	154 (68.4)
Sin religión, <i>n</i> (%)	37 (30.3)	70 (31.1)

Características	Con trastorno de duelo prolongado (n=122)	Con sintomatología de duelo prolongado (n=225)
Ocupación		
Estudiante, <i>n</i> (%)	17 (13.9)	39 (17.3)
No trabaja, <i>n</i> (%)	14 (11.4)	29 (12.8)
Empleado, <i>n</i> (%)	21 (17.2)	33 (14.6)
Profesionista, <i>n</i> (%)	59 (48.3)	108 (48)
Independiente, <i>n</i> (%)	7 (5.7)	9 (4)
Relación de parentesco		
Familiar 1er grado, <i>n</i> (%)	81 (66.3)	140 (62.2)
Familiar 2do grado, <i>n</i> (%)	27 (22.1)	63 (28)
Familiar 3er grado o más, <i>n</i> (%)	8 (6.5)	15 (6.6)
Otros, <i>n</i> (%)	3 (2.4)	8 (3.5)
Causa de muerte		
Muerte natural, <i>n</i> (%)	105 (86)	199 (88.4)
Muerte violenta, <i>n</i> (%)	14 (11.4)	27 (12)
Desconocida, <i>n</i> (%)	2 (1.6)	2 (0.8)
Tiempo de muerte		
Menos de 12 meses, <i>n</i> (%)	16 (13.11)	55 (24.4)
De 13 a 60 meses, <i>n</i> (%)	83 (68)	131 (58.2)
De 61 a 120 meses, <i>n</i> (%)	11 (9)	22 (9.7)
Más de 121 meses, <i>n</i> (%)	12 (9.8)	17 (7.5)

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó un análisis de Chi cuadrada entre cada una de las características estudiadas y los grupos, con la finalidad de determinar la presencia de asociaciones significativas. En la Tabla 16 se presentan los valores obtenidos.

Tabla 16. Asociaciones entre las variables estudiadas y la presencia de Trastorno de duelo prolongado o Sintomatología de duelo prolongado.

Características	Con trastorno de duelo prolongado (n=122)			Con sintomatología de duelo prolongado (n=225)		
	valor	gl	p	valor	gl	p
Sexo	5.72	1	.017*	12.83	1	.001*
Edad	5.11	2	.078	4.31	2	.115
Escolaridad	.14	1	.704	2.49	1	.114
Estado Civil	.985	1	.321	5.90	1	.015*
Religión	2.90	1	.088	5.70	1	.017*
Ocupación	5.63	4	.228	13.39	4	.010*
Relación de parentesco	6.52	3	.089	7.31	3	.063
Causa de muerte	2.03	2	.362	1.60	2	.448
Tiempo de muerte	6.28	3	.098	5.30	3	.151

Nota: gl: grados de libertad; p: nivel de significación; * significancia estadística ($p < .05$). Elaboración propia.

Características de la población con duelo prolongado y su relación con el instrumento

PG-13-R

El instrumento PG-13-R consta de 13 ítems, de los cuales 10 miden síntomas relacionados a duelo prolongado (preguntas 3 al 12). Se decidió analizar cada uno de los síntomas y determinar en qué proporción se encontraron presentes en nuestra muestra con la finalidad de comprender cómo se manifiesta en los mexicanos el duelo prolongado. Se define como presencia del síntoma cuando el participante daba una respuesta con puntuaciones de 4 (Casi siempre) y 5 (Siempre) y como ausencia del síntoma cuando reportaba puntuaciones de 1 a 3.

La prevalencia de respuestas, a estas preguntas, de los participantes con trastorno y sintomatología de duelo prolongado fueron semejantes. Sin embargo, los participantes con

trastorno de duelo prolongado tuvieron proporción de respuestas más altas, en comparación con el grupo con únicamente sintomatología asociada, en los síntomas: dificultad para reintegrarse (pregunta 9), pérdida del sentido de vida (pregunta 11) y sentimientos de soledad intensos (pregunta 12).

Tabla 17. Prevalencia de la presencia de los síntomas en los grupos.

Síntoma del PG-13-R	Con trastorno de duelo prolongado (n=122)	Con sintomatología de duelo prolongado (n=225)
Anhelo	115 (94.3%)	201 (89.3%)
Rumiación	30 (24.6%)	40 (17.8%)
Confusión de identidad	95 (77.9%)	147 (65.3%)
Incredulidad	77 (63.1%)	140 (62.2%)
Evitación	38 (31.1%)	65 (28.9%)
Dolor emocional intenso	78 (63.9%)	124 (55.1%)
Dificultad para reintegrarse	65 (53.3%)	78 (34.7%)
Distancia emocional	57 (46.7%)	91 (40.4%)
Pérdida de sentido de vida	31 (25.4%)	42 (18.7%)
Sentimientos de soledad intensos	62 (50.8%)	88 (39.1%)

Fuente: Elaboración propia.

Factores asociados a duelo prolongado

Para determinar la posible asociación de duelo prolongado con variables no patológicas (variables sociodemográficas, relación de parentesco y relacionadas a la muerte), se efectuó el modelo de regresión logística en cada uno de los grupos.

Grupo con trastorno de duelo prolongado

Se realizó una regresión logística binomial de 1 paso para determinar los efectos de los factores sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión y ocupación), la relación de parentesco, causa y tiempo transcurrido desde la muerte en la probabilidad de que

los participantes desarrollaran sintomatología de duelo prolongado. El modelo de regresión logística fue significativo $X^2(1) = 6.46$, $p < 0.011$. El modelo explicó el 2.2% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza trastorno de duelo prolongado y clasificó correctamente el 73.6% de los casos. La sensibilidad fue del 0%, la especificidad del 100%, el valor predictivo positivo fue del 0% y el valor predictivo negativo fue del 73.6%.

Tabla 18. Resultados de la regresión logística binomial con trastorno de duelo prolongado como variable dependiente.

	β	SE (β)	Exp (β)	I.C. 95% para Exp (β)	p
Sexo (Mujer)	-0.758	.315	.469	.253 - .870	<.016*

*Nota: La categoría de referencia para cada una de las variables independientes se muestra entre paréntesis. β : valor estimado del coeficiente de regresión; S.E.: Error estándar; Exp (β): exponencial de β , odds ratio; IC Exp (β) 95%: Intervalo de Confianza de la Odds Ratio con un nivel de confianza del 95%; p: nivel de significación; * Indica significación estadística ($p < .05$). Fuente: Elaboración propia.*

En la regresión logística solo se incluyó la variable sexo (mujer), con una significancia estadística ($p < .016$), la cual no mostró asociación a la presencia del trastorno de duelo prolongado.

Las variables excluidas en el modelo fueron edad de los participantes, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, relación de parentesco, causa y tiempo desde la muerte.

A partir de los parámetros de valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo se puede concluir que el modelo no es un buen predictor para la asociación de estas variables y la presencia del trastorno de duelo prolongado, ya que la probabilidad de que detecte a los participantes que de forma positiva que sí tengan duelo prolongado es del 0% y la probabilidad de que detecte a los participantes con prueba negativa que no tenga el trastorno es solo del 75%.

Grupo con sintomatología de duelo prolongado

Se realizó una regresión logística binomial de 5 pasos para determinar los efectos de los factores sociodemográficos, relación de parentesco, causa y tiempo transcurrido desde la muerte en la probabilidad de que los participantes desarrollaran sintomatología de duelo

prolongado. El paso 5 del modelo de regresión logística fue significativo $X^2(4) = 11.54$, $p < 0.021$. El modelo explicó el 13.5% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza sintomatología de duelo prolongado y clasificó correctamente el 62.1% de los casos. La sensibilidad fue del 65.6%, la especificidad del 58.8%, el valor predictivo positivo fue del 60.96% y el valor predictivo negativo fue del 63.5%

Las variables que se introdujeron en el paso del modelo fueron sexo, ocupación, estado civil, religión y relación de parentesco, las cuales tuvieron significancia estadística (Tabla 19). La edad de los participantes, la causa de muerte, la escolaridad y el tiempo desde la muerte fueron excluidas del modelo.

Tabla 19. Resultados de la regresión logística binomial con la sintomatología de duelo complicado como variable dependiente.

	β	SE (β)	Exp (β)	I.C. 95% para Exp (β)	p
Sexo (Mujer)	-.923	.269	.397	.234 - .673	<.001**
Ocupación					<.026*
Estudiante	1.370	.519	3.934	1.421 - 10.887	<.008*
No trabaja	1.086	.520	2.961	1.068 - 8.213	<.037*
Empleado	1.411	.523	4.101	1.472 - 11.430	<.007*
Profesionista	.775	.447	2.172	.905 - 5.215	<.083
Estado civil (Con pareja)	-.470	.225	.625	.402 - .972	<.037*
Religión (Con religión)	.540	.219	1.716	1.717 - 2.636	<.014*
Relación de parentesco					<.019*
Familiar de 1er grado	.365	.497	1.440	.544 - 3.816	<.463
Familiar de 2do grado	.101	.522	1.107	.398 - 3.080	<.846
Familiar de 3er grado o más	-.835	.598	.434	.134 - 1.402	<.163

Nota: La categoría de referencia para cada una de las variables independientes se muestra entre paréntesis. β : valor estimado del coeficiente de regresión; S.E.: Error estándar; Exp (β): exponencial d β , odds ratio; IC Exp (β) 95%: Intervalo de Confianza de la Odds Ratio con un nivel de confianza del 95%; p: nivel de significación; * Indica significación estadística ($p < .05$); ** Indica significación estadística ($p < .005$). Fuente: Elaboración propia.

Las variables de ocupación, es específico el ser estudiante, empleado y no trabajar, y

el tener una religión se asociaron a la presencia de la sintomatología de duelo prolongado. Los empleados tenían un 4.1% más de probabilidad de presentar sintomatología, seguidos de los estudiantes con un 3.9% de probabilidad y los participantes que no trabajan con un 2.9%. Asimismo, los participantes con alguna creencia religiosa presentaron un 1.7% más de probabilidad de manifestar síntomas de duelo prolongado.

Comorbilidad con ansiedad y depresión

La presencia del trastorno y sintomatología de duelo prolongado con los síntomas ansiosos y depresivos se muestran en la Tabla 20.

La mayoría de los participantes con duelo prolongado y con síntomas de duelo prolongado puntuaron con sintomatología ansiosa y depresiva en los instrumentos utilizados, siendo éstos aproximadamente el 80% de la muestra, además de que aproximadamente el 20% presenta síntomas severos. Las personas con trastorno de duelo prolongado presentaron una prevalencia ligeramente más alta que aquellas con únicamente sintomatología.

Tabla 20. Prevalencia de ansiedad y depresión en los grupos.

Psicopatología	Con trastorno de duelo prolongado (n=122)	Con sintomatología de duelo prolongado (n=225)
Ansiedad		
Sin sintomatología <i>n</i> (%)	14 (11.5)	45 (20)
Con sintomatología <i>n</i> (%)	108 (88.5)	180 (80)
Síntomas leves <i>n</i> (%)	53 (49)	93 (51.6)
Síntomas moderados <i>n</i> (%)	29 (26.8)	51 (28.3)
Síntomas severos <i>n</i> (%)	26 (24)	36 (20)
Depresión		
Sin sintomatología <i>n</i> (%)	13 (10.7)	33 (14.7)
Con sintomatología <i>n</i> (%)	109 (89.3)	192 (85.3)
Síntomas leves <i>n</i> (%)	37 (33.9)	88 (45.8)

Psicopatología	Con trastorno de duelo prolongado (n=122)	Con sintomatología de duelo prolongado (n=225)
Síntomas moderados <i>n</i> (%)	33 (30.2)	48 (25)
Síntomas moderadamente severos <i>n</i> (%)	15 (13.7)	26 (13.5)
Síntomas severos <i>n</i> (%)	24 (22)	30 (15.6)

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como propósito general conocer la prevalencia de duelo prolongado en población mexicana, así como las variables asociadas a este proceso. El objetivo se planteó a raíz de los resultados de distintas investigaciones que muestran que la prevalencia de duelo prolongado puede presentarse en aproximadamente 15.1% en cuidadores (Coelho, et al., 2015), en aproximadamente el 10.5% en estudiantes universitarios hispanos (Glickman, 2021), en población turca en alrededor de 10% (Işıklı, et al., 2022).

En el presente estudio obtuvimos dos prevalencias: la de *trastorno* de duelo prolongado, que incluye todos los criterios propuestos en el DSM-5-TR y la de *sintomatología* de duelo prolongado, que implica tener sintomatología significativa (pasar el punto de corte definido originalmente en el instrumento), pero no cumplir con los otros dos criterios (el de temporalidad y afectación en la vida diaria). Se encontró una prevalencia de *trastorno* de duelo prolongado del 27.3% y de *sintomatología* de duelo prolongado de 50.3% con base en el instrumento PG-13-R. Este hallazgo muestra mayores niveles de prevalencia que los encontrados en distintos estudios con criterios similares, como es el caso de Rosner, et al., (2021), en una muestra de población alemana, señala que de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5-TR la prevalencia de duelo prolongado es del 1.2% en población general y 3.3% entre dolientes.

En cuanto a la prevalencia reportada después de 12 meses de la pérdida, una muestra de cuidadores portugueses señala que es aproximadamente 15.1% (Coelho, et al., 2015); en cuidadores taiwaneses se reportaron prevalencias de 1.80% a los 13 meses, 2.49% a los 18 meses y 1.85% a los 24 meses después de la pérdida (Tsai, et al., 2016).

Es por ello que la hipótesis 1 (la prevalencia de síntomas de duelo prolongado será aproximadamente del 10%) es rechazada, pues en nuestro caso fue significativamente mayor. Este hallazgo podría ser explicado por las diferencias socioculturales en las distintas

poblaciones; la mayoría de los estudios incluidos en la revisión sistemática son realizados con muestras de poblaciones de países europeos, norteamericanos y orientales. El estudio realizado por Kokou-Kpolou, et al., (2020) con una muestra de adultos franceses y togoleses (África Occidental) en duelo conyugal, señalan diferencias en sus hallazgos, con respecto a las variables asociadas a la sintomatología de duelo prolongado, en los grupos de participantes de cada nacionalidad. Retratando así las diferencias sociales, contextuales e individuales en el ajuste al duelo.

Una primera explicación se puede relacionar con la evitación experiencial. En la cultura mexicana la muerte suele ser un tema desagradable y tabú que está asociado a algo negativo e indeseable. Al desencadenar angustia y malestar emocional es frecuente que las personas presenten conductas evitativas a través del uso de eufemismos para evitar hablar directamente de ella y de la intranquilidad que genera, así mismo evitan asistir a velorios o entierros y estar cerca del difunto (ShiYang, 2020, Gómez-Gutiérrez, 2011).

En el estudio realizado por ShiYang, (2020) en el que compara la percepción de la muerte y el uso de eufemismos en China y México, señala que los mexicanos suavizan el tono de tristeza y lástima que generalmente se utiliza al hablar de la muerte como una manera de disimular el dolor y la agonía y convertirla en bromas, para lo mexicanos “la muerte es un motivo de alegría, convivencia, veneración, e incluso desprecio, burlas y risas” (ShiYang, 2020, p. 920). En México generalmente los eufemismos utilizados para referirse a la muerte son la flaca, la pelona, la calaca, la huesuda, Doña Huesos, etc.

Por un lado, los mexicanos consideran la muerte como una gran afición y seducción; por otro lado, no dejan de sentir temeridad, horror e inquietud frente a la misma.

Las conductas de evitación hacia la muerte y rituales relacionados a ella provocan que la sensación de malestar e incomodidad disminuya a corto plazo, sin embargo, a largo plazo mantiene o incrementa la intranquilidad desencadenando, incluso, conductas desadaptativas y

dificultades para enfrentar e integrar la muerte.

Es importante recordar que un diagnóstico de duelo desadaptativo implica que las respuestas a este superan las normas de comportamiento consideradas normales para una cultura y contexto determinado (Djelantik, et al., 2020). Es relevante, en este sentido, reconocer que nuestra muestra puede estar cargada de sesgo pues, aunque se invitó a participar a personas a través de diferentes medios, es bastante probable que aquellos que han aceptado participar y tomarse el tiempo de contestar fueran precisamente aquellas que sentían mayor malestar e incluso estaban en búsqueda de algún tipo de ayuda para manejar su reacción de duelo. En la invitación y el consentimiento informado se hizo especial énfasis en que no era un requisito para participar tener un malestar emocional, pero es altamente probable que aquellos que no se sintieran tan mal no se hayan interesado por la invitación.

Respecto a las variables asociadas a este proceso, la regresión logística señala que las variables sociodemográficas como la religión y la ocupación se asocian a la presencia de sintomatología de duelo prolongado.

Las personas con alguna religión o credo poseen creencias, valores, sentidos y prácticas religiosas que les permiten anticipar, interpretar y manejar situaciones críticas que se les pueden presentar (Yoffe, 2015). Las creencias religiosas permiten la atribución del sentido de la muerte, la pérdida y la vida del doliente (Neimeyer, 2007 citado en Yoffe, 2012).

Sin embargo, en ocasiones la religión puede actuar en forma desadaptativa a través de creencias o modos de apreciación de la realidad y de diversos hechos: cuando un suceso es visto como un castigo divino por los pecados cometidos; cuando se deja la solución a medios exclusivamente religiosos o espirituales (p. ej. En manos de Dios) y se recurre a modos de afrontamiento pasivos, evitativos o de negación de la realidad (Yoffe, 2015). Por otro lado, las creencias disfuncionales pueden llevar a que los deudos se sientan culpables o

responsables por la muerte de un familiar, si consideran que pudieron haberle fallado moralmente (Yoffe, 2012).

Por lo anterior, la asociación entre la presencia de duelo prolongado y el pertenecer a alguna adscripción religiosa se podría explicar por las creencias y formas religiosas desadaptativas de afrontar la pérdida de un ser querido.

En el estudio de Schaal y colaboradores (2014), se midió la religiosidad a través de tres indicadores: a) creencias religiosas, b) satisfacción con las propias creencias religiosas y c) actividades religiosas. Se encontró que los altos niveles de creencias religiosas estaban asociados con síntomas más severos de duelo prolongado, los altos niveles de satisfacción con las propias creencias religiosas protegían el desarrollo de síntomas y que las actividades religiosas no tenían una influencia significativa en este tipo de duelo. Los resultados sugieren que la satisfacción personal que los individuos encuentran en estas creencias puede ser importante para la adaptación al duelo y no el tener algún tipo de creencia religiosa, por lo que se sugiere que en investigaciones futuras se pueda comprender la religión con otros indicadores como el grado de satisfacción.

Asimismo, la presencia de duelo prolongado se asoció a la variable ocupación, en específico a la categoría “empleado”, “estudiante” y “no trabaja”.

Las mujeres que desempeñan una actividad laboral generalmente se ven afectadas por la doble presión que existe sobre su tiempo e ingresos desencadenada por las demandas que el empleo les exige, así como por las demandas que se requieren, en muchos casos, en los cuidados del hogar. La carga que generalmente se les designa a las mujeres está ligada a los roles de género en el interior de las familias y a la organización social del cuidado (Tabbush, 2021).

Los niveles socioeconómicos reflejan brechas en las oportunidades laborales y carga de cuidados del hogar que puedan desarrollar las mujeres. Los mayores niveles de ingresos

proporcionan, en muchos casos, mejores oportunidades laborales mientras que niveles más bajos dificultan el ingreso en el mercado laboral; es en estos niveles en donde hay mayor carga de obligaciones familiares y una temprana formación familiar aumentando el tiempo de trabajo (Tabbush, 2021). El desempeñar una actividad laboral, además de la carga de cuidado familiar que se les designa a las mujeres, puede impedir la oportunidad de poder desarrollar el proceso de duelo, al tener menos disponibilidad de tiempo. Lo mismo podría ocurrir con desempeñar una actividad estudiantil.

El resultado de la ocupación “no trabaja” y su asociación con la sintomatología de este proceso concuerda con los resultados de Kokou-Kpolou, et al., (2020) y Estevan, et al., (2016).

El trabajo aporta un motivo para salir de casa, mantenerse activo, así como el reconocimiento de la labor realizada y una red social (Estevan, et al., 2016). El no tener alguna actividad laboral, como es el caso de los desempleados, amas de casa, jubilados o pensionados puede favorecer cierto grado de soledad, frustración personal y brinda la oportunidad de ser más conscientes de la angustia y dolor producidas por la pérdida, así como de la posible rumiación de pensamientos sobre el difunto (Kokou-Kpolou, et al., 2020; Estevan, et al., 2016).

Las variables sexo, edad, escolaridad y estado civil no tuvieron asociación con la presencia de sintomatología de duelo prolongado.

Contrariamente a lo reportado en distintas investigaciones que refieren el ser mujer como un factor de riesgo para este proceso, los resultados la regresión logística realizada en el presente estudio no apoyan esta asociación. No obstante, debe considerarse el sesgo que existe en los resultados obtenidos por la sobre participación de mujeres en la investigación.

El estudio realizado por Hernández Montoya (2019) sobre la percepción que tienen personas habitantes de la CDMX sobre la muerte, señala que durante las entrevistas

realizadas las mujeres mostraron sentimientos de angustia, preocupación, tristeza y llanto al hablar al hablar de la muerte o al evocar alguna experiencia relacionada con la muerte, mientras que los hombres no manifestaron ninguna reacción parecida. Los hombres pueden evadir pensamientos o sentimientos desagradables al realizar distintas tareas, mientras que las mujeres tienen una necesidad más pronunciada de hablar sobre la pérdida (Dyregrov y Dyregrov, 2015 citado en Titlestad, et al., 2022).

Acorde a los resultados de esta y otras investigaciones, la edad de los dolientes parece no ser un factor de riesgo para la presencia de duelo prolongado (Estevan, et al., 2016; Smith, et al., 2021; Coelho, et al., 2015; Pohlkamp, et al., 2018; Comtesse, et al., 2019; Glickman, 2021).

Contrario a las investigaciones de Kokou-Kpolou, et al., (2020), Boelen, et al., (2022) y Smith, et al., (2021), que señalan los niveles de escolaridad más bajos como factores de riesgo para la presencia de duelo prolongado, los resultados de este estudio indican la ausencia de asociación.

De acuerdo con los estudios realizados por Coelho, A., et al. (2015), Işıklı, et al. (2022) y los resultados del presente estudio, el estado civil de los dolientes no es un factor asociado a la sintomatología de duelo prolongado.

Por lo anteriormente expuesto, la hipótesis 2 (los niveles de escolaridad más bajos, ser mujer, ser desempleado y ser soltero serán factores de riesgo para la presencia de síntomas de duelo prolongado), es rechazada. Dentro de las cuatro variables incluidas en la hipótesis, sólo una de ellas (ser desempleado) mostró ser un factor de riesgo asociado.

La relación de parentesco entre el doliente y el fallecido es otra variable que ha sido incluida en distintas investigaciones. Algunos resultados señalan que la muerte de un familiar de primer grado (pareja, hijos, madre/padre) y de segundo grado (en específico la pérdida de algún hermano/hermana) es un factor de riesgo asociado a la severidad de síntomas de duelo

prolongado (Comtesse, et al., 2019; Boelen, et al., 2022; He, et al., 2014; Trembl, et al., 2022; Specht, et al., 2022; Glickman, 2021; Carlsson, et al., 2021).

Sin embargo, los resultados del análisis de regresión logística señalan que no hay asociación entre esta variable y los síntomas de duelo prolongado, lo que coincide con los resultados de los estudios de Estevan, et al. (2016), Coelho, et al., (2015) y Işıklı, et al. (2022). Es por ello, que la hipótesis 3 (el parentesco más cercano con el difunto estaría relacionado con síntomas más severos) también es rechazada.

Una posible explicación a este hallazgo, son los resultados informados en el estudio de Schaal, et al., (2014), en donde señalan que aquellos participantes que informaron altos niveles de cercanía emocional con el difunto tenían puntajes de duelo prolongado significativamente más altos que aquellos que informaron niveles más bajos de cercanía emocional. Una relación de parentesco entre el doliente y el fallecido más cercana no indica, necesariamente, mayores niveles de cercanía emocional, por lo que para estudios posteriores se sugiere la inclusión de esta variable para esclarecer, complementar o refutar los resultados del presente estudio.

Las causas de muerte se categorizaron en 1) muerte natural, en donde se incluyeron todas aquellas muertes relacionadas a enfermedades y a la edad, 2) muertes violentas, que comprenden muertes violentas y por accidentes, y 3) desconocida.

Acorde a esta categorización, las muertes violentas han demostrado estar relacionadas a los síntomas de duelo prolongado (Boelen, et al., 2022; Smith, et al., 2021; Zhou, et al., 2020; Trembl, et al., 2022; Işıklı, et al., 2022). Por otro lado, las muertes percibidas como inesperadas y súbitas también han sido predictoras (Trembl, et al., 2022; Glickman, 2021). Contrario a lo que señala la revisión sistemática, el análisis realizado en este estudio señala que no hay asociación entre esta variable y el duelo prolongado, por lo que la hipótesis 4 es rechazada (las causas de muerte como COVID y muerte violenta serán predictores de duelo

prolongado).

Una posible explicación a este hallazgo podría ser los rituales posteriores a la muerte.

Los rituales fúnebres permiten iniciar el proceso de duelo, aceptando la pérdida, despidiendo al difunto para su descanso y facilitando la expresión de manifestaciones emocionales, conductuales, cognitivas y afectivas. Posibilitan la adaptación y reajuste de actividades, aceptando su nueva realidad, pero dando esperanza al recordar y honrar al fallecido (Carreón, et al., 2021; Molina Aguilar, 2021).

La pandemia por COVID modificó la forma en la que se realizaban estas prácticas, “generando una alteración en lo conocido, el ritual, la tradición y, por ende, en una serie de expectativas” (Molina Aguilar, 2021).

El gobierno en México indicó la prohibición de la velación de los cuerpos o que ésta sea por un tiempo corto, sin la apertura del féretro, y la prohibición de la presencia de niños y personas de la tercera edad; así como la propuesta de incineración como parte del manejo funerario (Carreón, et al., 2021).

En el estudio realizado por Díaz, et al., (2021), en donde entrevistaron a 8 participantes mexicanos que habían perdido a un familiar durante la pandemia, menciona que en 5 casos la familia dio sepultura al difunto y 3 lo cremaron; en siete casos no hubo velación del cuerpo, y en una sí.

No poder despedirse del fallecido por medio de los rituales es vivido con sentimientos de vacío e insatisfacción, que impulsan a la búsqueda de alternativas a través de medios digitales para poder realizar las despedidas y tratar de sentir paz después de la pérdida (Carreón, et al., 2021; Díaz, et al., 2021).

Asimismo las muertes por COVID pueden ser consideradas como muertes inesperadas y/o repentinas, que privan al doliente de la oportunidad de despedirse y de cumplir los últimos deseos (Glickman, 2021). La incertidumbre, la rapidez de los hechos así

como la incapacidad de controlar la situación, pueden afectar el proceso de duelo (Carreón, et al., 2021). Los estudios de Schaal, et al., (2014) y Glickman (2021) señalan que la percepción de una muerte inesperada y la falta de preparación para la misma, son predictores significativos de la severidad de duelo prolongado.

La mayoría de las muertes reportadas en ambos grupos fueron de 13 a 60 meses, es decir, porcentaje importante de estas muertes se presentaron durante la pandemia COVID y todos los cambios que trajo consigo, pudiendo afectar la manera en la que los dolientes realizaban estos rituales, así como la percepción sobre las muertes y con ello el proceso de duelo.

Autores como Titlestad, et al., (2022), Smith, et al., (2021), Kokou-Kpolou, et al., (2020), Zhou, et al., (2020), Djelantik, et al., (2020) y Treml, et al., (2022) han encontrado que la sintomatología de duelo prolongado se asocia a un tiempo más corto transcurrido desde la muerte. Mientras que Estevan, et al., (2016), Specht, et al. (2022), Pohlkamp, et al. (2018), Glickman (2021) y Işıklı, et al. (2022) señalan que el tiempo transcurrido desde el fallecimiento no es un factor de riesgo de duelo prolongado. Los resultados de este estudio coinciden con estos últimos.

La presencia de duelo prolongado también ha sido asociada con sintomatología ansiosa (Estevan, et al., 2016; He, et al., 2014), y sintomatología depresiva (Estevan, et al., 2016; Pohlkamp, et al. 2018; Boelen, et al., 2020; Treml, et al., 2022; He, et al., 2014).

La muestra de población mexicana señala que la presencia del trastorno y sintomatología presenta comorbilidad con psicopatologías como la ansiedad y depresión. Aproximadamente el 80% de los participantes en cada grupo, con trastorno de duelo prolongado y con sintomatología de duelo prolongado, refieren la presencia de las sintomatologías relacionadas con estas psicopatologías. Por ello la hipótesis 5 (la prevalencia de duelo prolongado estará relacionada con la presencia de psicopatología) es confirmada.

El estudio de Prigerson, et al., (2021) señala que al evaluar la superposición del diagnóstico trastorno de duelo prolongado (obtenido a través de entrevistas clínicas estructuradas y puntuaciones en el instrumento PG-13-R) con otros trastornos como el trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada, la superposición resultó ser mínima y los diagnósticos son competitivos, lo que sugiere su distinción de los trastornos mentales ya incluidos en la Sección II del DSM.

En el duelo prolongado la sintomatología depresiva (tristeza, ruminación, preocupación, imágenes intrusivas y evitación) y ansiosa va a dirigida a la pérdida del ser querido y el deseo de volver a reunirse con él; suele ir acompañada de cambios frecuentes en el estado de ánimo, dificultad para regular las emociones y malestar emocional general (Alonso, et al., 2020).

Con lo anterior se puede concluir que el trastorno de duelo prolongado, el trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada son entidades diagnósticas diferentes, pero que pueden mostrar asociación y estar presentes al mismo tiempo que la presencia de duelo prolongado. Así mismo, se destaca la importancia de la comorbilidad de estas psicopatologías con el duelo prolongado al provocar deterioros físicos y psicológicos al doliente, generando consecuencias personales y sociales.

Tanto la presencia del trastorno y sintomatología de duelo prolongado, así como las variables asociadas a este proceso, se manifiestan en conjunto con predominancia de síntomas como lo son la dificultad para reintegrarse a la vida cotidiana después de la pérdida, pérdida de sentido de vida y sentimientos de soledad intensos.

En distintas investigaciones se han señalado que los síntomas más intensos reportados son la preocupación, la sensación de que la vida es vacía/sin sentido, el deterioro funcional (Boelen, et al., 2022) y el anhelo, mientras que la evitación ha sido señalada como más baja (Titlestad, et al., 2022). En esta investigación se muestra que el anhelo, confusión de

identidad y dolor emocional intenso son los síntomas con mayores niveles de prevalencia.

En general, los resultados del presente estudio señalan la asociación de la religión (tener alguna religión) y ocupación (estudiante, no trabajar y empleado) con la presencia de *sintomatología* de duelo prolongado. Las variables sexo, edad, escolaridad, estado civil no mostraron asociación; lo mismo sucede con las variables relación de parentesco, causa y tiempo de muerte. Por otro lado, ninguna de las variables empleadas en la investigación señala asociación con la presencia del *trastorno* de duelo prolongado.

El modelo de regresión logística realizado explicó el 13.5% (R² de Nagelkerke) de la varianza sintomatología de duelo prolongado, lo que sugiere que las variables utilizadas en esta investigación no son suficientemente representativas para explicar este fenómeno y existen otras variables que no se consideraron en este estudio y es importante que sean consideradas.

Algunos predictores cognitivos mostraron asociación con la presencia de duelo prolongado: 1) características de la memoria (relacionadas a la integración de la pérdida); 2) evaluaciones negativas sobre el duelo; 3) estrategias de afrontamiento; 4) desconexión social y 5) resiliencia al duelo (Smith, et al., 2021).

Schaal, et al., (2014), señalan que aquellos participantes que informaron altos niveles de cercanía emocional con el difunto tenían puntajes de duelo prolongado significativamente más altos que aquellos que informaron niveles más bajos de cercanía emocional. Los autores mencionan que estos hallazgos sugieren que un vínculo emocional cercano con el difunto es más difícil de superar y pone a los dolientes en riesgo de sufrir reacciones de duelo prolongadas.

Otra variable relevante pudiera ser el tipo de apego. Estudios han reportado que el apego inseguro, ansioso y evitativo con el difunto muestran asociación con la presencia y gravedad de los síntomas de duelo prolongado (Wu, et al., 2022; Smith, et al., 2021).

Cuando una persona se encuentra en una situación estresante o amenazante, o ante alguna ruptura o pérdida, el sistema de apego la incita a crear una proximidad física o psicológica con una figura de apego, para poder restaurar su sentido de seguridad (Pérez, et al., 2022).

Durante los momentos de angustia, los adultos con un estilo de apego ansioso buscan tener mayor acercamiento a los demás, pero no ven la misma actitud en los otros y les preocupa que su impulsividad los asuste. Mientras que las personas con un estilo evitativo, eluden buscar apoyo de los demás, no se permiten depender de otros, ni tampoco expresar la angustia que pueda sentir (Pérez, E. F., et al., 2022). Ocasionalmente que la angustia, malestar y dolor que se experimentan después de la pérdida de un ser querido, se mantengan durante el tiempo e incluso logrando que la intensidad de los mismos aumente.

El apoyo social ha mostrado asociación con duelo prolongado en distintas investigaciones (Estevan Burdeos, et al., 2016; Reyes, et al., 2020; Wu, et al., 2022; Specht, 2022; Treml, et al., 2022).

El acompañamiento social durante el proceso de duelo permite socializar la pérdida y el dolor además de reconocerlos como una realidad; ayuda a reestructurar la realidad, mirar lo que sucede alrededor y desarrollar una mayor conciencia que la muerte ya no se encuentra alejada (Carreón, et al., 2021; Díaz, et al., 2021). Así, el apoyo social con el que cuenta una persona en duelo, puede ser una cuestión de mucha importancia en las primeras etapas, como efecto amortiguador del impacto de la muerte y en las etapas finales de ayudar a la mejora y recuperación del doliente (Villacieros, et al., 2014).

Por otro lado, el deterioro percibido, retrospectivamente, en el primer año después de la pérdida ha sido señalado como factor asociado a este duelo (Specht, et al., 2022). De manera similar, Thomas, et al., (2014) y Boelen, et al., (2022) reportan que la sintomatología de duelo prolongado anterior a la muerte o en los primeros meses, es un predictor de la

presencia de este después de la pérdida. Estos hallazgos retratan la relevancia de realizar estudios longitudinales que permitan comprender de mejor manera la evolución del duelo.

En el estudio de Chaurand, et al., (2015) con población mexicana y duelo complicado, informa que la pérdida de una pareja se asoció con la presencia de duelo complicado. Esto señala una discrepancia con los resultados de la presente investigación, puesto que la relación de parentesco no mostró asociación. Este hallazgo debe considerarse con discreción puesto que a pesar de que en ambos estudios se mide duelos desadaptativos, las entidades diagnósticas son constructos diferentes. Se sugiere la necesidad de realizar más investigaciones respecto a esta variable y su posible asociación, así como la inclusión de otros factores que ayuden a esclarecer este posible nexo.

Asimismo, los participantes que relacionaron la presencia de su sintomatología depresiva con alguna pérdida mostraron asociación con duelo complicado. Este resultado propone la inclusión de la percepción de la sintomatología de distintas psicopatologías como un factor de riesgo en el desarrollo de duelo prolongado, además que, de ser acompañado por entrevistas, podría proporcionar información relevante acerca de los factores que predisponen la presencia de este duelo, así como información sobre posibles líneas de tratamiento e intervención.

De igual manera, tener pérdidas de seres queridos no superadas también se relaciona con la presencia de duelo complicado. En la literatura se ha reportado la búsqueda de asociación entre el número de pérdidas sufridas y el duelo prolongado, los resultados señalan la asociación entre estas variables (Comtesse, et al., 2019; Trembl, et al., 2022; Specht, et al., 2022; Wu, et al., 2022). La inclusión del reporte de pérdidas no superadas podría brindar información más detallada acerca de la evolución de los procesos de duelo y su posible asociación a una evolución desadaptativa de los mismos.

Conclusiones

El duelo prolongado es una patología caracterizada por la presencia de síntomas de duelo, como lo son dolor excesivo, anhelo intenso, dificultad para aceptar la pérdida, percepción de que la vida no tiene sentido y dificultad para seguir con la vida, que se prolongan por tiempo indefinido sin poder integrar la pérdida.

El objetivo general del presente estudio fue conocer la prevalencia de síntomas de duelo prolongado en una muestra de personas mexicanas, la prevalencia fue 50.3%, mientras que la prevalencia del trastorno de duelo prolongado fue de 27.3%. El anhelo, confusión de identidad y dolor emocional intenso fueron los síntomas más característicos de nuestra muestra. Estos resultados acentúan la importancia de que los profesionales de la salud tengan conocimientos específicos sobre el proceso de duelo, en particular sobre la distinción entre el duelo adaptativo y el duelo desadaptativo, para lograr identificar a aquellas personas que están presentando dificultades para integrar la pérdida y poder brindarle un tratamiento oportuno.

Otro objetivo en este estudio fue identificar las variables asociadas a la presencia de duelo prolongado, los resultados demostraron que tener una religión, ser empleada, ser estudiante y no trabajar son factores de riesgo para este fenómeno.

La investigación se ha realizado en una sociedad que tiene percepciones y concepciones antropológicamente distintas, lo que sugiere necesaria la futura inclusión de variables relacionadas con las características culturales y sociales, así como las creencias y ritos funerarios. Del mismo modo, el empleo de distintas variables de las expuestas en este trabajo podría generar un modelo explicativo más completo; variables relacionadas a la personalidad, percepción y vivencia de duelo del doliente han demostrado tener asociación.

La revisión sistemática realizada señala la falta de investigación que existe en países latinoamericanos, este estudio se suma a los pocos existentes en este tipo de población.

Destacando la gran oportunidad de continuar con estudios de prevalencia del duelo prolongado en México y Latinoamérica.

Limitaciones y consideraciones futuras

La mayor parte de la muestra comprende a mujeres, lo que puede generar sesgos a los resultados obtenidos, de igual manera la muestra tiende hacia poblaciones con mayores niveles de escolaridad.

El modelo de regresión logística univariado señala que las variables utilizadas en esta investigación no son tan representativas del proceso y su sintomatología asociada, para futuras investigaciones se sugiere utilizar variables más relacionadas a la personalidad del doliente (estilo de apego, tipos de afrontamiento, resiliencia); relacionadas a la percepción de la muerte, el apoyo recibido, el número de pérdidas, así como a factores sociales y culturales.

Al ser un estudio transversal limita las observaciones sobre la prevalencia de duelo prolongado, los cambios en los niveles de sintomatología a lo largo del tiempo y también dificulta establecer una asociación entre las variables y su posible efecto en el transcurso del tiempo.

El uso de datos autoinformados, como resultado de lo cual solo pudimos examinar posibles diagnósticos de trastorno de duelo prolongado y no diagnósticos reales, lo que requeriría una evaluación basada en entrevistas por parte de profesionales.

Fortalezas del estudio

El presente estudio es el primer estudio realizado en población mexicana que utiliza en PG-13-R y los criterios diagnósticos del DSM-V-TR para detectar la prevalencia y sintomatología de duelo prolongado, lo que proporciona un primer acercamiento de este proceso.

La muestra comprende a participantes de los distintos estados de la República

Mexicana, así como un amplio rango de edad. Además de que no se limita únicamente a cuidadores (como es el caso de distintas investigaciones) sino que comprende a dolientes en general.

REFERENCIAS

- Alonso Llácer, L., Lacomba Trejo, L., y Pérez Marín, M. A. (2020). Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado. *Evidentia (Granada)*, 2020, vol. 17, p. e12754.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Text Revision (DSM-5-TR)*.
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., ... y Franke, M. F. (2017). Validity and utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ) -2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: Across-sectional study. *Journal of clinical psychology*, 73(9), 1076-1090.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: Symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(6), 765-777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(6), 667-674. <https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
- Bui, E. (2018). Grief: from normal to pathological reactions. *Clinical handbook of bereavement and grief reactions*, 85-101.
- Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos*. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Carlsson, N., Alvariza, A., Bremer, A., Axelsson, L., & Årestedt, K. (2021). Symptoms of prolonged grief and self-reported health among bereaved family members of persons who died from sudden cardiac arrest. *OMEGA-Journal of Death and Dying*.

<https://doi.org/10.1177/00302228211018115>

- Carreón, M. C. F., Zamorano, L. V., & Hernández, P. (2021). COVID-19: alteración de las costumbres funerarias y proceso de duelo. *COMITÉ CIENTÍFICO.*, 70.
- Chaurand, A.; Zacarías, J.; Benítez-Borrego, S.; Nuñez-Quintero, L. & Feixas, G. (2015). Pérdida, depresión y duelo complicado en una muestra mexicana. *Revista de Psicología*, 17(2), 42-55. doi:10.18050/revpsi.v17n2a3.2015
- Coelho, A., Delalibera, M., Barbosa, A., & Lawlor, P. (2015). Prolonged grief in palliative family caregivers: A pilot study in a Portuguese sample. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72(2), 151-164 <https://doi.org/10.1177/0030222815574833>
- Comtesse, H., & Rosner, R. (2019). Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: the influence of losses and residence status. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1591330.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591330>
- Díaz, G. G., Herrera, J. C., Acosta-Flores, L. D., & Cruz, V. (2021). Duelo y experiencias ante la muerte de un familiar a causa del COVID-19. *COMITÉ CIENTÍFICO.*, 2.
- Djelantik, A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Doering BK, Barke A, Vogel A, Comtesse H, Rosner R. (2022) Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Front Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698>

- Echeburúa, E., & Bolx, A. H. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. *Análisis y modificación de conducta*, 33(147)
<https://doi.org/10.33776/amc.v33i147.1205>
- Estevan Burdeus, P., De Miguel Sánchez, C., Álvarez Álvarez, R., Martín Molpeceres, E., Múgica Aguirre, B., Riestra Fernández, A., ... & Del Cura González, I. (2016). DUELO PROLONGADO Y FACTORES ASOCIADOS. *Psicooncología*, 13.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794463>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., y Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 478-485. Epub 27 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.21149/12257>
- García Hernández, A. M., Rodríguez Álvaro, M., Brito Brito, P. R., Fernández Gutiérrez, D. A., Martínez Alberto, C. E., y Marrero González, C. M. (2021). *Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos*. *Ene*, 15(1).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100001&lng=es&tlng=es
- Glickman, K. (2021). Prolonged grief disorder in a diverse college student sample. *Frontiers in Psychology*, 11, 604573. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.604573>
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y saberes*, 1(1), 39-48.
- He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., & Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry research*, 219(2), 347-352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.022>

- Hernández Montoya, A. E. (2019). Percepción de la muerte en habitantes de la CDMX; elementos para una “Pedagogía de la muerte”.
- <https://repositorio.lasalle.mx/handle/lasalle/2106>
- Işıklı, S., Keser, E., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2022). Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death studies*, 46(3), 628-638.
- <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1745955>
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441
- <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Kokou-Kpolou, C. K., Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Park, S., & Bacqué, M. F. (2020). A comparison of prevalence and risk factor profiles of prolonged grief disorder among French and Togolese bereaved adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(6), 757-764. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01840-w>
- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2017). What distinguishes prolonged grief disorder from depression?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*
- <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0629>
- Lenger, M. K., Neergaard, M. A., Guldin, M. B., & Nielsen, M. K. (2020). Poor physical and mental health predicts prolonged grief disorder: A prospective, population-based cohort study on caregivers of patients at the end of life. *Palliative medicine*, 34(10), 1416-1424 <https://doi.org/10.1177/0269216320948007>
- Lombardo, L., Lai, C., Luciani, M., Morelli, E., Buttinelli, E., Aceto, P., ... & Penco, I. (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: Verso una definizione di disturbo da

sofferenza prolungata per il DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 49(3), 106-114

<https://doi.org/10.1708/1551.16903>

Lundorff, M., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2021). Time elapsed since loss or grief persistency? Prevalence and predictors of ICD-11 prolonged grief disorder using different applications of the duration criterion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 89-97 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.116>

Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266-275.

Marcussen, J., Hounsgaard, L., O'Connor, M., Möller, S., Wilson, R., & Thuen, F. (2021). Parental death in young adults with divorced compared to non-divorced parents: The effect on prolonged grief and mental health. *Death Studies*, 45(6), 437-450. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648337>

Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., & Martínez Silva, B. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.

Molina Aguilar, J. (2021). Muerte y duelo. *Psykhé a la vanguardia* (9), 9-14.

Morina, N. (2011). Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(12), 921-927

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392aae>

Nielsen, M. K., Christensen, K. S., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M. B. (2020). Exploring functional impairment in light of prolonged grief disorder: a

- prospective, population-based cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 537674.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.537674>
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. B. (2017). Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. *Journal of pain and symptom management*, 53(3), 540-550 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & 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/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Pérez, E. F., de Los Fayos, E. J. G., & Portero, A. I. P. (2022). Apego, duelo y continuidad de lazos en el afrontamiento de la pérdida: Relación entre el apego, el proceso de duelo y la continuidad de lazos en el afrontamiento de la pérdida: revisión sistemática. *Revista de psicología de la salud*, 10(1).
- Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., Prigerson, H. G., & Sveen, J. (2018). Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry research*, 267, 560-565. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.004>
- Pop-Jordanova, N. (2021). Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *prilozi*, 42(2), 9-18
<https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106
<https://doi.org/10.1002/wps.20823>

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Romero, V. (2013). *Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas*. *Psicooncología*, 10(2/3), 377. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43456/41105>
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of affective disorders*, 287, 301-307
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Shear, M. K., Muldberg, S., & Periyakoil, V. (2017). Supporting patients who are bereaved. *BMJ*, 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2854>
- Sampieri, H. R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L. M. D. P. (2008). *Metodología de la investigación científica (Cuarta edición ed.)*. México DF: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez, T. S. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia zamorensia*, (19), 43-65.
<https://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29365>
- Schaal, S., Richter, A., & Elbert, T. (2014). Prolonged grief disorder and depression in a German community sample. *Death Studies*, 38(7), 476-481.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809032>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shear, M. K., & Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and anxiety. *Current psychiatry reports*, 14, 169-175. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0270-2>

- ShiYang, L. (2020). Análisis contrastivo e intercultural chino/mexicano del eufemismo de la muerte.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Smith, K. V., & Ehlers, A. (2021). Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: An investigation of cognitive and behavioural differences. *PloS one*, 16(4), e0248852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248852>
- Specht, F., Vöhringer, M., Knaevelsrud, C., Wagner, B., Stammel, N., & Böttche, M. (2022). Prolonged grief disorder in Arabic-speaking treatment-seeking populations: Relationship with socio-demographic aspects, loss-and trauma-related characteristics, and mental health support. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.933848>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus*, 19(2), 161-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Tabbush, C. (2021). La pandemia, una encrucijada para la igualdad de género. *Nueva sociedad*, (293), 93-105.
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *Journal of pain and symptom management*, 47(3), 531-541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>
- Titlestad, K. B., Schmid, M. T., & Dyregrov, K. (2022). Prevalence and predictors of prolonged grief symptoms among those bereaved from a drug-related death in a convenience sample of Norwegian parents: A cross-sectional study. *Death studies*, 46(6), 1354-1363. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1867255>

- Treml, J., Linde, K., Engel, C., Glaesmer, H., Hinz, A., Luck, T., ... & Kersting, A. (2022). Loss and grief in elderly people: results from the LIFE-Adult-Study. *Death Studies*, 46(7), 1621-1630. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824203>
- Tsai, W. I., Prigerson, H. G., Li, C. Y., Chou, W. C., Kuo, S. C., & Tang, S. T. (2016). Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliative Medicine*, 30(5), 495-503 <https://doi.org/10.1177/0269216315603261>
- Villacieros, M., Serrano, I., Bermejo, J. C., Magaña, M., & Carabias, R. (2014). Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning.[Apoyo social y bienestar psicológico como posibles predictores de estado de duelo complicado en población de personas en duelo]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 944-951.
- Villar, S. R., Casado, M. S., Prigerson, H. G., García, S. M., Villar, M. R., Martín, V. H., ... & Abellanas, G. L. (2012). Incidencia del trastorno por duelo prolongado en los allegados de pacientes fallecidos durante o tras ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 59(10), 535-541 <https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.06.006>
- Yoffe, L. (2012). La religión y la espiritualidad en los duelos: desde la visión de la psicología positiva. En: Alarcón, R. A. (Directora). *Psicología Positiva*. Lima: Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, 83-116.
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en psicología*, 23(2), 155-176. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.160>
- Yuan, M. D., Wang, Z. Q., Fei, L., & Zhong, B. L. (2022). Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms in Chinese parents who lost their only child: a systematic

review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 10.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016160>

Zhou, N., Wen, J., Stelzer, E. M., Killikelly, C., Yu, W., Xu, X., ... & Maercker, A. (2020).

Prevalence and associated factors of prolonged grief disorder in Chinese parents bereaved by losing their only child. *Psychiatry Research*, 284, 112766.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112766>

Zisook, S., & Shear, K. (2009). *Grief and bereavement: what psychiatrists need to know*.

World psychiatry, 8(2), 67. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., ... & Shear, M.

K. (2014). Bereavement: course, consequences, and care. *Current psychiatry reports*, 16(10), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>

Zordan, R. D., Bell, M. L., Price, M., Remedios, C., Lobb, E., Hall, C., & Hudson, P. (2019).

Long-term prevalence and predictors of prolonged grief disorder amongst bereaved cancer caregivers: A cohort study. *Palliative & Supportive Care*, 17(5), 507-514

<https://doi.org/10.1017/S1478951518001013>

ANEXO 1

Prolonged Grief Disorder (PG-13-Revisado)

Prigerson, et al., (2021). Adaptado a población mexicana.

Q1. ¿Ha muerto alguien importante para ti? _____ (Sí) _____ (No)

Q2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que murió esa persona? _____

Por favor indica cómo te sientes actualmente para cada uno de los siguientes aspectos:

Desde la muerte de tu ser querido o como consecuencia de ésta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Q3. ¿Extrañas o anhelas a la persona que falleció?					
Q4. ¿Se te complica hacer cosas que haces habitualmente porque piensas demasiado en la persona que murió?					
Q5. ¿Te sientes confundido/a respecto a tu rol en la vida, es decir, tus actividades cambiaron o sientes que no sabes qué hacer en la vida, sociedad, o familia de ahora en adelante?					
Q6. ¿Sientes que una parte de ti murió?					
Q7. ¿Te resulta difícil creer que la persona que falleció ya no está?					
Q8. ¿Evitas cualquier cosa que te recuerde que la persona que murió ya no está?					
Q9. ¿Sientes dolor emocional en relación con el fallecimiento, por ejemplo: enojo, amargura, pesar, entre otras?					
Q10. ¿Sientes que te ha costado trabajo retomar tu vida (p. ej., dificultades para relacionarte con amigos, para					

hacer cosas que te interesan, para planear a futuro)?					
Q11. ¿Te sientes emocionalmente distante o desconectado de otras personas?					
Q12. ¿Sientes que la vida ya no tiene sentido sin la persona que murió?					
Q13. ¿Te sientes solo/a sin la persona que murió?					

Q14. ¿Consideras que las situaciones de las preguntas anteriores te han ocasionado dificultades con otras personas, en el trabajo, en tu salud, en lo que te gusta hacer o en otras actividades de tu vida diaria? _____ (Sí) _____ (No)

ANEXO 2

Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)

Spitzer, et al., (2006)

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

ANEXO 3

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Kroenke, et al., (2001)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada
difícil

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.