



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrado

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

DUELO COMPLICADO Y DEPRESION EN PERSONAS DE 18 AÑOS
EN ADELANTE: UNA REVISION SISTEMATICA

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título
de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

Autor: Marina Elizabeth Cabezas Manzano

CI: 0603343260

Correo electrónico: flak9105@gmail.com

Director: Pedro Xavier Pacheco Bacuilima

CI: 0104567938

Cuenca – Ecuador

11-febrero-2022



RESUMEN

Antecedentes: el duelo complicado (DC) es una condición de dolor intenso y persistente durante más de seis meses posteriores a la pérdida, afectando el funcionamiento psicológico y cotidiano del sobreviviente.

Objetivo general: determinar la prevalencia de DC y de depresión en personas de 18 años en adelante.

Metodología: estudio observacional, revisión sistemática, en personas en duelo, de 18 años o más. La búsqueda se realizó en bases científicas como PubMed, ClinicalKey, Cochrane Library y ScienceDirect; incluyéndose treinta artículos observacionales en inglés, publicados a partir de 2016 y con calidad 1 y 2. La información fue redactada en base a la estrategia PICO y fue recopilada en tablas.

Resultados: la edad predominante fue entre 41 a 49 años, género femenino, nivel de instrucción secundaria, y casados y viudos. Los factores de riesgo para DC fueron: síntomas depresivos anteriores y posteriores a la pérdida, trastorno depresivo mayor, discapacidad mental, pérdida de la pareja/hijo, ser cuidador principal y mal funcionamiento familiar. La prevalencia de DC y depresión mostró cifras variables (2,4 % a 86,5 %, y 1,5 % hasta 67,8 %, respectivamente).

Conclusiones: DC es un trastorno único y diferente; su prevalencia depende de varios factores.

Limitaciones: no existen criterios definidos para el diagnóstico de DC y de depresión; se usan instrumentos que difieren con la edad y el contexto de su aplicación. Al ser trastornos diferentes, cada uno puede aumentar el riesgo de desarrollar el otro.

Palabras clave: Duelo. Depresión. Trastorno depresivo mayor. Depression. Disenfranchised Grief.



ABSTRACT

Background: Complicated Grief (CG) is a condition of intense and persistent pain for more than six months after the loss, affecting the psychological and daily functioning of the survivor.

Objective: determine the prevalence of CG and depression in people aged 18 years and older.

Methodology: observational study, systematic review, in grieving people, of age 18 years or older. Search was in scientific bases such as PubMed, ClinicalKey, Cochrane Library and ScienceDirect, including thirty observational studies, published in English, since 2016 and quality 1 and 2. The information was written in based on the PICO strategy and was compiled in tables.

Results: the predominant age was between 41 to 49 years old, female gender, secondary level of education, and married and widowed. The risk factors for CG were: depressive symptoms before and after the loss, major depressive disorder, mental disability, loss of partner/child, being the main caregiver and worst family functioning. The prevalence of CG and depression showed variable figures (2,4 % to 86,5 %, and 1,5 % to 67,8 %, respectively).

Conclusions: CG is a unique and different disorder. The prevalence depends on several factors.

Limitations: there are no defined criteria for the diagnosis of CG and depression; instruments are used that differ with age and the context of their application. Being different disorders, each can increase the risk of developing the other.

Keywords: Grief. Depression. Major depressive disorder. Disenfranchised Grief.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. MARCO TEÓRICO.....	14
5. OBJETIVOS.....	17
6. METODOLOGÍA	
6.1. Diseño metodológico.....	17
6.2. Fuentes de información.....	18
6.3. Criterios de elegibilidad.....	18
6.4. Criterios de exclusión.....	18
6.5. Estrategias de búsqueda.....	18
6.6. Selección de estudios.....	18
6.7. Lista de datos.....	19
6.8. Proceso de recopilación y extracción de los datos.....	19
6.9. Síntesis de resultados.....	19
6.10. Consideraciones éticas.....	19
6.11. Financiamiento.....	19
7. RESULTADOS	
7.1. Caracterización de artículos científicos.....	19
7.2. Caracterización de los participantes desde el punto de vista sociodemográfico.....	21
7.3. Factores de riesgo para duelo complicado.....	27
7.4. Prevalencia de duelo complicado.....	34
7.5. Prevalencia de depresión.....	35
8. DISCUSIÓN.....	36



Limitaciones.....	39
Implicaciones.....	39
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
9.1. Conclusiones.....	39
9.2. Recomendaciones.....	40
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS	
Anexo 1 Matriz de búsqueda de los estudios.....	48
Anexo 2 Recursos humanos.....	58
Anexo 3 Presupuesto.....	58
Anexo 4 Cronograma de actividades.....	59



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Marina Elizabeth Cabezas Manzano en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "DUELO COMPLICADO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 18 AÑOS EN ADELANTE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de febrero de 2022

Marina Elizabeth Cabezas Manzano

C.I: 0603343260



Cláusula de Propiedad Intelectual

Marina Elizabeth Cabezas Manzano, autor/a del trabajo de titulación "DUELO COMPLICADO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 18 AÑOS EN ADELANTE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 11 de febrero de 2022

Marina Elizabeth Cabezas Manzano

C.I: 0603343260



DEDICATORIA

A mis maestros y a mis compañeros.



AGRADECIMIENTO

A mis profesores por la orientación para llevar a cabo este estudio.



1. INTRODUCCIÓN

El duelo complicado (DC) es una forma de duelo agudo inusualmente prolongado, intenso e incapacitante; los pensamientos perturbadores, los comportamientos disfuncionales, las emociones desreguladas y los problemas psicosociales graves impiden la adaptación a la pérdida (1). Esta adaptación requiere un proceso de asimilación a la nueva realidad sin la presencia del familiar que ha muerto, lo cual inicia por “la representación mental de la persona fallecida (redes de memoria)”, de manera que el DC “ocurre cuando el proceso de adaptación se ralentiza o se detiene” (2).

Su prevalencia estimada en la población general es del 7 % (3), sin embargo, se considera provisional dada la ausencia de criterios estándares para su diagnóstico, sumado a las fallas metodológicas en los estudios afines realizados. Investigaciones a nivel mundial han establecido la prevalencia entre el 6 % al 40 % en dependencia de ciertas variables. “Síntomas depresivos posteriores a la pérdida se han encontrado entre el 15-55 % de los cuidadores de las personas fallecidas” (4). Usualmente el DC suele ir acompañado de trastornos psiquiátricos comórbidos como del estado de ánimo, principalmente la depresión, caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza. El estado de ánimo deprimido o disfórico puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso percibido (5).

Otros términos que se han utilizado para describirlo son: duelo crónico, complejo, traumático, patológico, trastorno de duelo complejo persistente, trastorno de duelo prolongado y duelo no resuelto (1).

El propósito de esta revisión sistemática es conocer la prevalencia, a nivel internacional, de DC y de depresión en personas de 18 años en adelante; además cuáles son los factores de riesgo para DC afín de reconocerlos a tiempo y lograr una intervención oportuna desde APS (partiendo con el médico de familia) evitando así su desarrollo y posibles consecuencias en los deudos.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El duelo es una respuesta natural a la muerte de un ser querido. El DC se caracteriza por una respuesta de duelo persistente, anhelo y preocupación por el fallecido, dolor emocional y deterioro en el funcionamiento de los deudos, durante un lapso de tiempo de al menos 6 meses (OMS, 2018). “Durante las últimas dos décadas ha habido una mayor concientización e investigaciones concluyentes que demuestran que el DC, junto con alguna forma de deterioro funcional durante más de seis meses posteriores a la pérdida, constituye un trastorno mental distinto”, es decir, los síntomas de duelo son diferentes a la depresión, a la ansiedad y al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y que, de manera general, se asocia con “un sufrimiento significativo y discapacidades funcionales duraderas” (6), (7). La prevalencia de DC varía según la relación afectiva con el fallecido, la edad, el tipo de familia, la causa y el entorno o zona geográfica donde se desarrolla la muerte (8). “Entre las personas que pierden a su cónyuge, la tasa estimada de DC es del 10 % al 20 %”; cuando se pierde a un hijo, la tasa asciende hasta 60 %. “En suicidio, homicidio y duelo relacionado con desastres” la tasa varía entre el 20 % al 40 %”. Asimismo, suele acompañarse de comorbilidades psiquiátricas como: depresión mayor (incidencia 50 %), trastornos del estado de ánimo (20 %), trastorno bipolar (21 %), TEPT (30 % a 50 %), Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG (20 %) y trastorno de pánico (10 % al 20 %) (1).

No existen datos estadísticos de la relación entre DC y depresión a nivel nacional ni en Cuenca, pero en los últimos años se ha difundido la importancia de prevenirlos dada su asociación con consecuencias adversas como consumo de sustancias tóxicas, alteración de la calidad de vida y aumento de la morbimortalidad por afecciones médicas y suicidio, creando entropía en ese núcleo familiar.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la prevalencia de DC y de depresión, a nivel internacional, en personas en duelo de 18 años en adelante?



3. JUSTIFICACIÓN

El final de la vida, la inevitable muerte, ha sido, es y seguirá siendo uno de los aspectos de la práctica de la medicina que ha suscitado mayor número de debates y enfrentamientos. El duelo es un proceso normal que se desata posterior a cualquier pérdida (9). Representa una función adaptativa psicológica y física, que en la mayoría de los casos progresa de manera predecible y asimilable. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias inusuales (muertes repentinas, el parentesco, las relaciones afectivas familiares), este proceso puede “demorarse o distorsionarse patológicamente, con graves consecuencias para la salud del sobreviviente” (1).

El duelo después de la muerte de un ser querido es una experiencia humana común y normal pero muy estresante. Puede evocar una diversidad de “emociones dolorosas y debilitantes, síntomas cognitivos, conductuales y somáticos”, que impactan profunda y negativamente en el bienestar biopsicosocial individual y familiar, y en la utilización de los servicios sanitarios (10). Con el tiempo, la mayoría se recuperan, pero una minoría de las personas en duelo pueden no adaptarse a su pérdida. Esta adaptación requiere un proceso de asimilación a la nueva realidad sin la presencia del familiar que ha muerto. Inicia por “la representación mental de la persona fallecida (redes de memoria)”. Se piensa que el DC “ocurre cuando el proceso de adaptación a una pérdida se ralentiza o se detiene” (11). Aunque a menudo no se diagnostica ni se trata el duelo ni su conversión a DC, esto podría conducir a un deterioro funcional, dado su impacto en la mortalidad y en la calidad de vida de los deudos.

La prevalencia de este trastorno varía según la relación afectiva con el fallecido, el tipo de familia, el entorno o zona geográfica donde se desarrolla la muerte, la edad, entre otros factores. Las personas de 18 años en adelante presentan ciertos momentos cruciales (transición de la juventud a la edad adulta, inicio del trabajo, formación de una pareja/familia, nacimiento de los hijos, cambios de residencia, circunstancias laborales y de pareja, comorbilidades, etc.) que favorecerían el desarrollo del mismo. Es por esto que, al existir múltiples contextos o eventos posiblemente relacionados con DC la mayoría de los actuales estudios se han



realizado en este grupo poblacional, logrando así determinarlos y establecerlos como verdaderos factores de riesgo. Además, datos internacionales (10), (19) reportan que son las personas de 18 años en adelante las que buscan mayor ayuda o atención médica en el ámbito de la salud mental, contribuyendo a un mayor gasto sanitario, sin mencionar los costes generados por sus complicaciones o consecuencias.

En los últimos años se ha investigado y concientizado sobre la importancia de prevenir el DC y distinguirlo de otras entidades clínicas, ya que la intervención terapéutica es incomparable (13). Sin embargo, la mayoría de las veces coexiste con algún trastorno psiquiátrico, siendo los del ánimo (depresión principalmente) uno de los más prevalentes, hasta el 50 % de los casos (1); por lo que se consideran constructos relacionados, pero distintos. Ambos se asemejan en que afectan no solo al sufrimiento personal (con exceso de morbilidad, reducción de la calidad de vida, incluida la ideación suicida), sino que también afectan el trabajo y las relaciones personales (12). Difieren en la etiología, los factores de riesgo y en las manifestaciones clínicas. El DC se debe a la muerte de una figura de apego, en tanto que el TDM se basa en una tríada cognitiva de percepciones negativas de uno mismo, el mundo y el futuro, que puede ser desencadenado, pero no específicamente, por la muerte de un ser querido. En cuanto a los factores de riesgo, los relacionados con la pérdida/muerte son específicos para el DC, mientras que las variables a nivel individual e interpersonal son predominantes para TDM. Una característica clave del DC es el "anhelo y/o preocupación por el difunto", mientras que la anhedonia y la disforia persistente y omnipresente son los síntomas característicos del TDM.

La pertinencia de esta revisión sistemática se fundamenta en comprender la verdadera prevalencia de DC e identificar sus factores de riesgo, diagnosticarlo adecuadamente (con un diagnóstico diferencial coherente) y evaluar la carga biopsicosocial de este trastorno en los deudos para prevenirlo e iniciar intervenciones terapéuticas oportunas (14) de manera integral desde la atención primaria en salud, teniendo como punto de partida el médico de familia.



La línea de investigación de este estudio según la guía “Prioridades de investigación en salud, 2013-2017” establecidas por el Ministerio de Salud Pública, correspondió al literal número 11 referente a “Salud mental y trastornos del comportamiento”; y según la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca se incluiría dentro de Salud Mental. Este estudio es viable y se lo difundirá en el repositorio de la Universidad de Cuenca.

4. MARCO TEÓRICO

El duelo después de la muerte de un ser querido es una experiencia común pero muy estresante (14). Puede evocar una constelación de emociones dolorosas y debilitantes, síntomas cognitivos, conductuales y somáticos, impactando profunda y negativamente en el bienestar físico, psicosocial y en la utilización de los servicios sanitarios (13). La mayoría de las personas se adaptan al duelo sin necesidad de ayuda profesional en un periodo menor a seis meses, pero ésta pérdida puede conducir a situaciones con consecuencias adversas para la salud mental como el desarrollo de un trastorno depresivo mayor, TEPT, trastorno de consumo de sustancias y duelo incapacitante (15), es decir, al extremo o la forma patológica del duelo, que tiene diversas denominaciones: duelo traumático, complicado o trastorno de duelo prolongado (CIE-11) (16).

Investigaciones en el área del duelo han distinguido entre duelo normal y el complicado, siendo este último una forma separada de la psicopatología emergente en el contexto del duelo (3). Se lo define como una forma de duelo agudo inusualmente prolongado, intenso e incapacitante que está compuesto por síntomas de angustia por separación y angustia traumática que persiste seis meses o más después de la pérdida (9), (17).

Se estima que el 7 % de la población general padecerá DC (4); sin embargo, la prevalencia es poco clara y muy debatida: estimaciones actuales oscilan entre el 10 y el 40 % (11). Estos datos podrían no ser certeros debido a que las tasas de prevalencia se han calculado a partir de estudios clínicos o pequeñas



investigaciones en personas en duelo, pero no en la población general, lo que podría estar sobreestimando su prevalencia o no se detectarían casos subclínicos del trastorno (18).

Los efectos del DC pueden ser muy prolongados, variables en el tiempo, reactivados por otros duelos, otras pérdidas, y por múltiples circunstancias biográficas. Los ocurridos en una etapa pueden influir en otras posteriores (9). El DC ha sido investigado en diferentes entornos, hospicios, enfermos terminales, cuidadores principales, sobrevivientes de guerra o desastres y en cuidados paliativos o de fin de vida, con una prevalencia del 6 % al 40 %; de éstos entre el 15 al 55 % de los cuidadores principales desarrollarán DC (19). No existen datos epidemiológicos a nivel nacional o local de la relación entre DC y depresión.

La mayoría de los estudios de DC se han realizado en adultos, en donde los fenómenos relativos al duelo se entrelazan con las etapas de la vida adulta. Se determinó que el DC aparecía de forma significativa en un 8 % de estos pacientes que consultaban por primera vez los servicios de salud mental (3). Durante este ciclo vital individual se presentan ciertos momentos cruciales como: la transición de la juventud a la edad adulta, el inicio del trabajo, la formación de una pareja, el nacimiento de los hijos (que conlleva a una resituación generacional y un aumento de la responsabilidad), los cambios de residencia, de circunstancias laborales y de relaciones afectivas, la crisis de la edad media de la vida que supone un replanteamiento y los años de la madurez consolidada que dan inicio al proceso fisiológico del envejecimiento. Es así que, las pérdidas durante este ciclo de vida constituyen factores de riesgo para DC, como (12):

- Muerte de los padres: relacionado con sentimientos de dependencia, cambio en la relación con los hermanos o la familia extensa. Es el duelo por el que más frecuentemente se consulta, pero no el de consecuencias más graves.
- Muerte de los hijos: el sentimiento de tristeza y soledad es intenso, puede persistir durante toda la vida; siendo claramente el parentesco un factor de riesgo para DC. Con la muerte de los hijos se producen cambios en la pareja:



puede intensificarse el apoyo mutuo, tornarse conflictiva e incluso ocasionar separaciones.

- Muerte de la pareja: la muerte del cónyuge interrumpe el ciclo vital de la pareja y por ende el proyecto de vida en común y de la familia. Esta pérdida junto a la de los hijos es la más difícil de asumir.

Además, es muy frecuente en personas con comorbilidades, dentro de éstas la depresión es la más habitual. Ocurre independientemente de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, contribuyendo de forma única a la morbilidad y reducción de la calidad de vida; además, puede estar asociado con un riesgo ocho veces mayor de suicidio (17). El término "depresión" puede referirse a (5):

- Un estado de ánimo: indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o labilidad emocional (lloroso). El estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso.
- Un síndrome: incluyendo el estado de ánimo deprimido. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente son: depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente).
- Un trastorno mental: es una condición clínica distinta. El síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como depresión mayor unipolar (o trastorno depresivo mayor), trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y trastorno depresivo debido a otras causas (condición médica general).

Aunque se sabe que ciertos eventos estresantes de la vida, como la pérdida de un familiar cercano, puede ser un factor de riesgo para la depresión unipolar, hasta la actualidad poco se sabe con respecto a la prevalencia o el resultado de DC en estos pacientes (10). Sin embargo, los síntomas depresivos en los cuidadores antes de la muerte del paciente (síntomas graves de duelo durante la prestación de los cuidados, síndrome de sobrecarga del cuidador y la baja preparación para la muerte) se han asociado con resultados adversos. Asimismo, varios factores



sociodemográficos específicos como sexo femenino, relación conyugal más que parental, menor nivel educativo y la vejez, se han relacionado con alto riesgo de DC (19).

La pérdida y el duelo son experiencias humanas normales, su forma patológica el «duelo complicado» se distingue como una entidad clínica difícil de diagnosticar e identificar por los profesionales de la salud. Las personas con DC tienen una probabilidad mayor de padecer alteraciones funcionales, psicológicas, tendencias suicidas y hábitos tóxicos, produciendo como consecuencia un mayor consumo de los recursos sociosanitarios y alteración en la calidad de vida (20). La importancia de comprender la verdadera prevalencia del DC radica en evaluar la carga biopsicosocial de este trastorno en los deudos, para prevenirlo e iniciar intervenciones terapéuticas oportunas (14).

5. OBJETIVOS

5.1.OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la prevalencia de duelo complicado y de depresión en la población de estudio.

5.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a los participantes desde el punto de vista sociodemográfico.
- Establecer los factores de riesgo para un duelo complicado.
- Identificar la prevalencia de duelo complicado en la población diana.
- Identificar la prevalencia de depresión en la población diana.

6. METODOLOGÍA

6.1.Diseño metodológico:

Observacional, revisión sistemática.



6.2.Fuentes de información:

Se realizó una búsqueda sistemática basada en palabras clave utilizando bases de datos científicas como PubMed, ClinicalKey, Cochrane Library y ScienceDirect, entre junio y julio de 2021.

6.3.Criterios de elegibilidad

La revisión incluyó estudios observacionales (de casos y controles, cohortes, longitudinales y transversales) de personas de 18 años o más, que sufrieron la pérdida de un ser querido con diversas causas de muerte. Las variables de resultado fueron el DC y la depresión, evaluados con un instrumento psicométrico estandarizado y validado, respectivamente. Todos los estudios incluidos debían evaluar DC con un tiempo de al menos 6 meses después de la pérdida. La búsqueda se limitó a artículos en inglés y español publicados en revistas académicas de categoría 1 a 4 según el indicador SCImago Journal Rank y divulgados en los últimos cinco años.

6.4.Criterios de exclusión:

Estudios cualitativos, tesis de pregrado y postgrado e investigaciones realizadas en pacientes pediátricos.

6.5.Estrategia de búsqueda:

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos afines entre DC y depresión en portales electrónicos como PubMed, ClinicalKey, Cochrane Library y ScienceDirect, que cumplieron los criterios de elegibilidad. Los términos DeCS de búsqueda fueron: duelo, depresión, cuestionario de salud del paciente, trastorno depresivo mayor, grief, depression, Patient Health Questionnaire, Depressive Disorder, Depressive Disorder, Major; y los MeSH fueron: depression, Depressive Disorder, Disenfranchised Grief, bereavement, entre junio y julio de 2021.

6.6.Selección de estudios:

Los estudios analizados en esta revisión sistemática fueron seleccionados en relación a los criterios de elegibilidad y a los requerimientos de los objetivos.



6.7. Lista de datos:

Las variables que se especifican en las tablas fueron revisadas en base a los objetivos, incluyéndose: caracterizar a los participantes desde el punto de vista sociodemográfico, establecer los factores de riesgo para DC e identificar la prevalencia de DC y de depresión.

6.8. Proceso de recopilación y extracción de los datos:

Se eligieron treinta artículos en inglés. Cada uno fue leído de manera comprensiva para verificar que incluyan las variables de estudio y cumplan los objetivos de la investigación. Se usó la estrategia PICO (P paciente/problema, I intervención, C comparar con intervención, O resultado) para recopilar la información de todos los artículos, incluyéndose datos como autor, año, lugar y revista de publicación; además, consta una síntesis de los resultados encontrados. Ver Anexo 1.

6.9. Síntesis de los resultados:

Una vez seleccionados los artículos, la información fue recopilada en las tablas de acuerdo a los objetivos de la investigación.

6.10. Consideraciones éticas:

No presenta conflictos de intereses.

6.11. Financiamiento:

Autofinanciado.

7. RESULTADOS

7.1. Caracterización de artículos científicos

La búsqueda inicial de artículos arrojó 1171 registros (794 en PubMed, 252 en ClinicalKey, 4 en Cochrane Library y 121 en ScienceDirect. Antes del primer cribado, se eliminaron 74 artículos repetidos, dejando 1097 registros. Se excluyeron 845 artículos debido a que 7 fueron estudios cualitativos, 711 no incluían a las variables de estudio y 127 investigaron a la población pediátrica, en cuartil de 1 a 4.

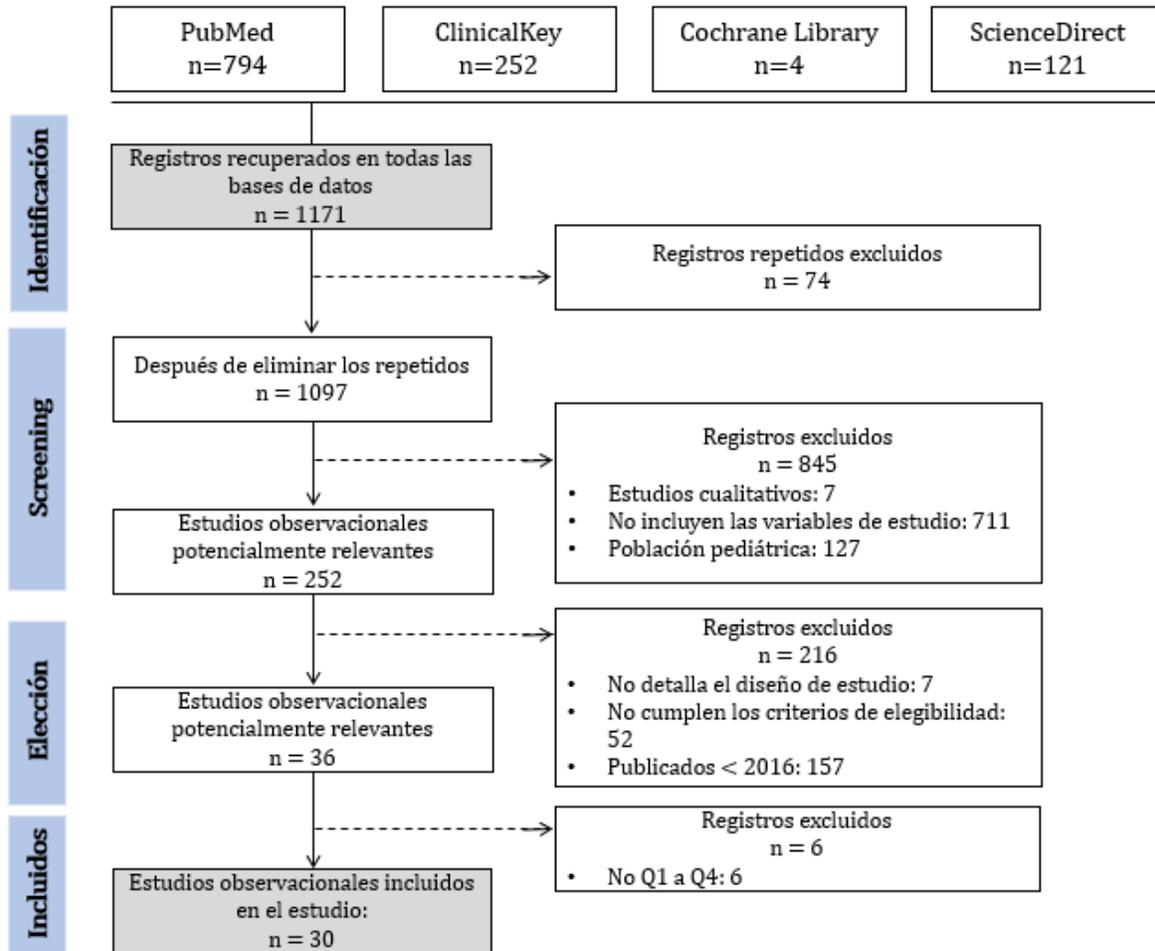


Después de aplicar lo determinado a priori en los criterios de elegibilidad, se incluyeron 252 artículos; de éstos fueron excluidos 216 por lo siguiente: no se detalló el diseño del estudio (7 artículos), 52 no cumplían los criterios de elegibilidad y 157 fueron publicados antes de 2016, quedando 36 estudios potencialmente relevantes; sin embargo 6 fueron excluidos por no poseer calidad de 1 a 4; de manera que finalmente se incluyeron 30 artículos.

El proceso de selección de estudios se describe en el flujograma (ver gráfico 1).



Gráfico 1: Flujograma de selección de artículos



7.2. Caracterización de los participantes desde el punto de vista sociodemográfico

Para la caracterización se tomaron en cuenta treinta artículos. En relación a la edad, el rango varió desde los 18 (8) hasta 91 años (11), pero se observa fluctuación en la media de edad en los diversos estudios, predominando la de 41 a 49 años (10), (15), (16), (21), (22), (23), (24), (25). Prevalció la participación del género femenino, cuyos porcentajes comprendieron entre 29 % (22) hasta 89,86 % (25); en tanto que Hanschmidt et al., (26) incluyeron al género femenino al 100 % debido a que evaluaron DC y depresión posterior a un aborto. En contraste, el masculino obtuvo los siguientes porcentajes de participación: 10,14 % (25) hasta el 71 % (22).



En relación al nivel educativo, diecisiete artículos estudiaron esta variable. El 42 % (10) de los participantes informaron ser analfabetos. El nivel de instrucción primaria osciló entre el 1,58 % (27) al 30,1 % (28); la secundaria incompleta desde el 12,06 % (29) hasta el 49,7 % (7); secundaria (completa) desde el 19,35 % (30) al 45,3 % (24); el bachillerato desde el 27,52 % (30) hasta el 39,27 % (26); entre el 22,2 % (6) al 36,06 % (29) de los participantes tuvieron estudios universitarios incompletos; en tanto que la universidad (completa) varió entre el 2,44 % (27) al 60,8 % (26), y del 18,35 % (30) hasta el 52,5 % (6) poseían un posgrado o superior. Además, se presentan otras variantes como escuela vocacional en el 25,7 % (15); educación no formal: 0,8 % (11), y el 10,4 % (24) no indicó ningún nivel de instrucción. Otro artículo reporta el nivel de instrucción en años de estudio: la muestra tuvo 20,4 años de estudio, con rango entre 7 a 22 años (31).

En cuanto al estado civil, catorce artículos detallan esta información: solteros: entre el 2,7 % (7) al 28 % (8); casados: entre el 20,8 % (11) al 90,6 % (24); divorciados/separados: del 2,7 % (7) al 38 % (8); viudos: del 9,4 % (7) al 72,6 % (11); el 97,2 % convivía (20); el 5,50 % (30) incluyó a otros estados civiles (no especifica), mientras que el 0,9 % no indicó su estado civil (24). Finalmente, un estudio que incluyó una muestra de mujeres reporta esta variable como sí hubo o no la presencia de un compañero sentimental en el momento de la muerte, representando el 98,6 % y el 1,4 %, respectivamente (26).

Todos los estudios no muestran homogeneidad en los datos encontrados.



Tabla 1: Características sociodemográficas

Autor	Año	Lugar	Diseño	Edad (años) \bar{x}	Género (%)	Etnia (%)	Instrucción (%)	Estado civil
Nielsen et al., (19)	2017	Dinamarca	Cohorte prospectivo	62 (rango 61,5-62,5)	M: 30; F: 70	No detalla	S incompleta: 26,6; B: 47,5; >U: 24,9	C/CV: 87,9; S: 12,2
Otani et al., (18)	2017	Japón	Transversal	60 (SD 12,3)	M: 35,3; F: 62,5	No detalla	No detalla	No detalla
Robbins-Welty et al., (32)	2018	USA	Casos y controles	68,5 (SD 7,9)	M: 24,5; F: 75,5	N: 10,2; B: 89,8	No detalla	No detalla
Nam. (33)	2016	Corea	Transversal	67,45 (SD 2,79)	M: 48,3; F: 51,69	No detalla	No detalla	No detalla
Eckholdt et al., (27)	2018	USA	Longitudinal	72 (SD 4,24)	M: 36,06; F: 63,9	No detalla	P: 1,58; U: 2,44	No detalla
Tsai et al., (21)	2018	Taiwán	Longitudinal	48,3 (20-83)	M: 35,5; F: 64,5	No detalla	No detalla	No detalla
Djelantik et al., (22)	2018	Holanda	Transversal	49,1 (SD 12,2)	M: 71; F: 29	No detalla	No detalla	No detalla
Cozza et al., (23)	2016	USA	Transversal	47,3 (SD 13,1)	M: 19,7; F: 80,3	B: 91,6; otro: 8,2	No detalla	No detalla
Malgaroli et al., (34)	2018	USA	Longitudinal	55,25 (SD 7,23)	M: 33,6; F: 66,4	B: 88,2	U o PG: 70%	No detalla
Fan et al., (30)	2019	Taiwán	Longitudinal	50,6 (SD 13,65)	M: 41,2; F: 58,72	No detalla	P: 22,94; S: 19,35; B: 27,52;	S: 17,43; C: 77,06; otros: 5,50



Autor	Año	Lugar	Diseño	Edad (años) \bar{x}	Género (%)	Etnia (%)	Instrucción (%)	Estado civil
Pohlkamp et al., (24)	2018	Suecia	Transversal	46,02 (SD 8,15)	M: 40,09; F: 59,1	No detalla	P: 6,7; S: 45,3; U: 47,8; no se indica: 10,4	C/CV: 90,6; N: 1,8; S: 7,6; no se indica: 0,9
Gesi et al., (8)	2016	USA	Transversal	rango 18-60 y más	M: 33; F: 77	C: 75	No detalla	S: 28; C: 34, D/V: 38
Li y Prigerson. (2)	2016	China	Casos y controles	41,85 (SD 11,16)	M: 49; F: 51	No detalla	P: 22,4; S: 38,1; U: 39,5	No detalla
Tal et al., (29)	2016	USA	Transversal	51,1 (SD 14,3)	M: 21,3; F: 78,7	B: 84,1; N: 8,4; otros: 7,4	S incompleta: 12,06; U incompleta: 36,06; U completa: 51,9	S: 24,3; C: 29,5; D: 19,06; V: 26,09
Aoyama et al., (35)	2017	Japón	Transversal	rango de 20-80 y más	M: 28; F: 71	No detalla	No detalla	C: 40
Banyasz et al., (31)	2017	USA	Transversal	54,9 (19-84)	M: 19,8; F: 80,2	B: 94,4; N: 3,8; otros: 1,8	Años de educación: 20,4 (rango 7-22)	S/N: 11,7; C: 24,1; D: 7,4; V: 56,8



Autor	Año	Lugar	Diseño	Edad (años) \bar{x}	Género (%)	Etnia (%)	Instrucción (%)	Estado civil
Charney et al., (17)	2018	USA	Transversal	33,8 SD 7,92	M: 87,1; F: 12,9	No detalla	No detalla	No detalla
Baumann et al., (20)	2020	Alemania	Transversal	madres: 39,10 (SD 6,54); padres: 40,91 (SD 7,75)	M: 47,9; F: 52,01	No detalla	S: 11,9; B: 37,8; U: 49,9; otros: 0,6	CV: 97,2
Bellini et al., (12)	2018	Italia	Transversal	47,34 (SD 12,39)	M: 48,6; F: 51,4	No detalla	No detalla	No detalla
Morowa tisharifabad et al., (10)	2020	Irán	Transversal	rango de 60-88	M: 49; F: 51	No detalla	A: 42; P y S: 41; U y PG: 16	C: 77; S: 23
Wen et al., (13)	2020	Taiwán	Longitudinal	53,29 (SD 13,05)	M: 29,6; F: 70,4	No detalla	P: 75,6; S: 24,4	C: 82,1; S: 17,9
Matthews et al., (25)	2019	Canadá, Australia, USA, Reino Unido	Transversal	48,56 (SD 12,13)	M: 10,14; F: 89,86	No detalla	No detalla	No detalla
Lenferink et al., (28)	2017	Ucrania	Transversal	52,49 (SD 15,65)	M: 40,7; F: 59,3	No detalla	P: 30,1; S y más: 69,9	No detalla



Autor	Año	Lugar	Diseño	Edad (años) \bar{x}	Género (%)	Etnia (%)	Instrucción (%)	Estado civil
Eisma et al., (15)	2019	USA	Longitudinal	49,9 (SD 11,7)	M: 12,4; F: 87,6	No detalla	P: 1; S: 34,5; EV: 25,7	No detalla
Aoun et al., (11)	2020	Australia	Transversal	63,5 (SD 12,3)	M: 27; F: 73	No detalla	ENF: 0,8; P: 2,4; S: 30,7; B: 35,6; U: 30,5	S: 2,9; C: 20,8; D: 3,7; V: 72,6
Tsai et al., (36)	2020	Taiwán	Longitudinal	48,33 (rango 20-83)	M: 35,9; F: 64,1	No detalla	No detalla	No detalla
Probst et al., (6)	2016	USA	Cohorte	58,35 (SD 10,75)	M: 18,85; F: 81,15	AA: 5,4; C: 91,29; otro: 2,7	P: 1,4; S: 24,5; U incompleta: 22,2; PG: 52,5	S: 6,7; N: 5,3; D: 5,85; C: 23,55; V: 61,25
Zhang et al., (7)	2020	China	Transversal	rango 50-75	M: 39,6; F: 60,4	No detalla	S incompleta: 49,7; S: 36,9; U: 13,4	C: 85,2; D: 2,7; V: 9,4; S: 2,7
Hanschmidt et al., (26)	2018	Austria	Transversal	31,5 (rango 18-46)	F: 100	No detalla	U: 60,8; B: 39,2	CS: sí: 98,6; no: 1,4
Aoyama et al., (37)	2020	Japón	Transversal	61.6 (SD \pm 12.2)	M: 33,3; F: 66,6	No detalla	P: 10; S: 39; EV: 19; B: 18; otro: 1 %	No detalla

Abreviaturas: \bar{x} : media; SD: desviación estándar; S: suicidio; H: homicidio; N: natural; M: masculino; F: femenino; N: negro; B: blanco; AA: afroamericano; C: caucásico; H: hispano/latino; P: primaria; S: secundaria; B: bachillerato; U: universidad; PG: posgrado; EV: escuela vocacional; ENF: educación no formal; A: analfabeto; S: soltero; C: casado; D: divorciado; V: viudo; N: noviazgo; CS: compañero sentimental; CV: conviviendo; USA: Estados Unidos de América.



7.3. Factores de riesgo para duelo complicado

En veinticinco artículos se encontró una multiplicidad de factores de riesgo para DC agrupados en cuatro categorías: intrapersonales o personales, interpersonales o relacionales, sociales y circunstanciales.

Dentro de la categoría intrapersonales el factor más estudiado fue la depresión. Nielsen et al., (19) determina que los síntomas depresivos anteriores y posteriores a la pérdida son decisivos para desarrollar DC. Este hallazgo es compartido por otros autores como Otani et al., (18), Charney et al., (17), Bellini et al., (12), Morowatisharifabad et al., (10) y Eckholdt et al., (27) ($p < 0,05$), y Tal et al., (29) estudia la presencia de TDM cuando la muerte fue por suicidio ($p = 0,004$); sin embargo, se contrapone al hallazgo de Probst et al., (6) ($p = 0,81$). Asimismo, se demuestra la relación estadísticamente significativa entre DC con TEPT (6), (8), (26), (29) ($p < 0,05$).

Aoyama et al., (35) estipula el antecedente de discapacidad mental. Incluimos en esta categoría a la desesperanza estudiado por Bellini et al., (12) ($p < 0,05$). Fan et al., (30) determina a la autoculpa o sentirse culpable por algo y la resistencia a la realidad de la muerte ($p < 0,05$) como factores de riesgo; no así sentir enojo ($p = 0,49$). En cambio, Bellini et al., (12) no encontró significancia estadística entre DC y evitar pensamientos y emociones relacionados con el evento de la pérdida ($p = 0,05$). Finalmente, esta categoría incluye como factores de riesgo a: edad más de 80 años (35), una media de edad de los padres de 53 años al momento de la muerte del hijo (7); el aumento o la disminución de consumo alcohol y condiciones del sueño como insomnio, dificultad para dormir, uso de hipnóticos (37) (todos $p < 0,05$).

Los factores de riesgo relacionales son las pérdidas de: la pareja (19), (29), de un pariente cercano o amigo (8), del hijo (15) y ser madre (20) (todos $p < 0,05$); al contrario, Aoyama et al., (35) y Aoun et al., (11) ($p > 0,05$) no encontraron relación estadística significativa. Morowatisharifaba et al., (10) comprueba que ser cuidador



principal y estar en el momento de la muerte, junto con el mal funcionamiento familiar (11) ($p < 0,05$) son factores de riesgo para DC.

En la categoría sociales destacan: bajo nivel educativo (19), viudez (29), ser mujer (35) y ausencia de redes de apoyo (35) ($p < 0,05$); pero se opone a los hallazgos de Aoun et al., (11) (soltero o viudo $p > 0,05$). En cuanto al tiempo posterior a la muerte, Eisma et al., (15) propone un tiempo más largo desde la pérdida (sin especificarlo), mientras que Zhang et al., (7) plantea como media 7,59 años ($p < 0,05$) y agrega la situación económica familiar moderada o mala ($p = 0,02$) como factores de riesgo.

La categoría circunstanciales ha sido poco estudiada. Destacan las muertes violentas y las naturales (2) (ambos $p < 0,001$); pero se contraponen a los hallazgos realizados por Djelantik et al., (22) quienes no los describen como factores de riesgo ($p > 0,05$), como lo evidencia la Tabla 2.



Tabla 2: Factores de riesgo para duelo complicado

Autor	Año	Participantes	Factor	OR	IC 95 %	p valor
Nielsen et al., (19)	2017	3635	Síntomas depresivos posteriores a la pérdida	3,8	2,4-6,1	<0,05
			Síntomas depresivos anteriores a la pérdida	5,6	3,5-9,0	
			Muerte de la pareja	2,1	1,2-3,7	
			Bajo nivel educativo	2	1,2-3,7	
Otani et al., (18)	2017	965	Depresión	0,42	0,26-0,69	0,001
Aoyama et al., (35)	2017	9123	Femenino	1,44	1,14-1,83	0,002
			Más de 80 años	3,46	1,36-8,81	<0,0001
			Muerte del hijo	0,41	0,26-0,65	0,69
			Muerte del padre	0,84	0,40-1,72	0,08
			Otro	0,27	0,08-0,89	0,31
			Discapacidad mental	3,25	2,49-4,25	<0,0001
			Ausencia de redes de apoyo	1,61	1,27-2,03	<0,0001



Autor	Año	Participantes	Factor	OR	IC 95 %	p valor
Aoun et al., (11)	2020	393	Soltero	4,25	0,72-25,10	0,11
			Viudo	2	0,57-7,01	0,276
			Esposo/compañero	0,87	0,35-2,17	0,772
			Muerte menor o igual a 12 meses	1,64	0,68-3,92	0,269
			Ser mujer	1	-	0,704
			Ansiedad	8	-	0,01
			Depresión	18	-	0,01
			Mal funcionamiento de la familia	4	-	0,01
Hanschmidt et al., (26)	2018	148	Ser mujer	17,6	12,0-24,9	-
			Depresión	10,8	6,5-17,2	-
			Apoyo de la pareja	-	-	0,01
			TEPT	5,26	2,73-8,49	<0,001
Robbins-Welty et al., (32)	2018	395	Depresión	0,0027	-	-
Eckholdt et al., (27)	2018	208	Depresión	2,05	-	0,03
Tsai et al., (21)	2018	394	13 meses después de la pérdida	0,12	0,03-0,19	-



Autor	Año	Participantes	Factor	OR	IC 95 %	p valor
Djelantik et al., (22)	2018	458	Muerte violenta	0,23	-	0,28
			Muerte no violenta	0,22	-	0,48
Malgaroli et al., (34)	2018	305	Depresión	0,51	-	-
Wen et al., (13)	2020	849	Síntomas depresivos	0,49	0,44- 0,53	-
Aoyama et al., (37)	2020	8823	Aumento de consumo de alcohol	2,84	2,27- 3,54	<0,0001
			Disminución de consumo de alcohol	1,63	1,38- 1,93	0,03
			Condiciones del sueño: insomnio, dificultad para dormir, uso de hipnóticos	1,48- 12,88	-	<0,0001
Fan et al., (30)	2019	109	Resistencia a la realidad de la muerte	-	-	<0,001
			Enojo	-	-	0,49
			Auto-culpa, culpa o sentirse culpable por algo	-	-	0,008
			Con redes de apoyo	-	-	0,009
			Enfrentar bien a la muerte	-	-	0,003
Gesi et al., (8)	2016	104	Pérdida de pariente cercano o amigo	-	-	0,02
			TEPT	-	-	0,04
			Depresión mayor	-	-	0,2
Li y Prigerson. (2)	2016	1358	Muerte violenta	-	-	<0,001
			Muerte natural	-	-	



Autor	Año	Participantes	Factor	OR	IC 95 %	p valor
Tal et al., (29)	2016	395	Años desde la pérdida (media 6,6 años)	-	-	0,04
			Viudez	-	-	<0,001
			Relación: pareja o padre	-	-	<0,001
			Suicidio:	-	-	-
			TDM	-	-	0,004
			TEPT	-	-	<0,001
Charney et al., (17)	2018	468	TEPT	-	-	<0,001
			Depresión	-	-	
			Ansiedad	-	-	
			Estrés	-	-	
Baumann et al., (20)	2020	323	Ser madre	-	-	<0,001
Bellini et al., (12)	2018	35	Pensamientos y recuerdos	-	-	<0,01
			Evitar pensamientos y emociones relacionados con el evento	-	-	0,05
			Depresión	-	-	<0,01
			Desesperanza	-	-	<0,01
Morowatisharifabad et al., (10)	2020	247	Cuidador principal y estar en el momento de la muerte	-	-	<0,05
			Depresión leve o grave	3,64	-	0,01
			Mujeres	2,94	-	0,01
Matthews et al. (25)	2019	148	Grupos de apoyo familiar y servicios	-	-	0,037
			Tiempo más largo desde la pérdida	-	-	<0,001
Eisma et al., (15)	2019	412	Muerte de hijos	-	-	<0,001
			Muerte inesperada	-	-	0,01



Autor	Año	Participantes	Factor	OR	IC 95 %	p valor
Tsai et al., (36)	2020	398	Síntomas depresivos	-	-	<0,001
Probst et al., (6)	2016	121	TEPT	-	-	0,46
			Depresión	-	-	0,81
Zhang et al., (7)	2020	149	Mujer	-	-	0,041
			Situación económica familiar moderada o mala	-	-	0,024
			Edad de los padres en el momento de la pérdida del hijo: media 53 años	-	-	0,03
			Tiempo desde la pérdida: media 7,59	-	-	<0,001

Abreviaturas: TEPT: trastorno de estrés postraumático; TDM: trastorno depresivo mayor.



7.4. Prevalencia de duelo complicado

Analizamos treinta artículos en diferentes países a nivel mundial, identificando que la prevalencia de DC mostró cifras variables entre 2,4 % (21) y 4,59 % (30) ambos en Taiwán, hasta 86,5 % en Estados Unidos (23).

Tabla 3. Prevalencia de duelo complicado

Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Prevalencia (%)
Nielsen et al., (19)	2017	Dinamarca	3635	Cohorte prospectivo	7,6
Otani et al., (18)	2017	Japón	965	Transversal	11,9
Robbins-Welty et al., (32)	2018	USA	395	Casos y controles	24,8
Nam. (33)	2016	Corea	89	Transversal	6,83
Eckholdt et al., (27)	2018	USA	208	Longitudinal	11
Tsai et al., (21)	2018	Taiwán	394	Longitudinal	2,4
Djelantik et al., (22)	2018	Holanda	458	Transversal	28
Cozza et al., (23)	2016	USA	1732	Transversal	86,5
Malgaroli et al., (34)	2018	USA	305	Longitudinal	9,5
Fan et al., (30)	2019	Taiwán	109	Longitudinal	4,59
Pohlkamp et al., (24)	2018	Suecia	225	Transversal	16
Gesi et al., (8)	2016	USA	104	Transversal	42,5
Li y Prigerson. (2)	2016	China	1358	Casos y controles	13,9
Tal et al., (29)	2016	USA	395	Transversal	7,7
Aoyama et al., (35)	2017	Japón	9123	Transversal	14
Banyasz et al., (31)	2017	USA	162	Transversal	34,2
Charney et al., (17)	2018	USA	468	Transversal	30,4
Baumann et al., (20)	2020	Alemania	323	Transversal	84,2
Bellini et al., (12)	2018	Italia	35	Transversal	62,8
Morowatisharifabad et al., (10)	2020	Irán	247	Transversal	18,6
Wen et al., (13)	2020	Taiwán	849	Longitudinal	3,8
Matthews et al., (25)	2019	Canadá, USA, RU, Australia,	148	Transversal	43



Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Prevalencia (%)
Lenferink et al., (28)	2017	Ucrania	167	Transversal	41,8
Eisma et al., (15)	2019	USA	412	Longitudinal	56
Aoun et al., (11)	2020	Australia	393	Transversal	9,7
Tsai et al., (36)	2020	Taiwán	398	Longitudinal	5,2
Probst et al., (6)	2016	USA	121	Cohorte	40,9
Zhang et al., (7)	2020	China	149	Transversal	22,2
Hanschmidt et al., (26)	2018	Austria	148	Transversal	17,6
Aoyama et al., (37)	2020	Japón	8823	Transversal	14

Abreviaturas: USA: Estados Unidos de América, RU: Reino Unido.

7.5.Prevalencia de depresión

Analizamos treinta artículos en diferentes países a nivel mundial, identificando que la prevalencia de depresión reveló cifras variables entre 1,5 % en Corea (33) y 4,2 % en Estados Unidos (29), hasta 67,8 % en China (2).

Tabla 4: Prevalencia de depresión

Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Prevalencia (%)
Nielsen et al., (19)	2017	Dinamarca	3635	Cohorte prospectivo	12,1
Otani et al., (18)	2017	Japón	965	Transversal	18,3
Robbins-Welty et al., (32)	2018	USA	395	Casos y controles	37,9
Nam. (33)	2016	Corea	89	Transversal	1,5
Eckholdt et al., (27)	2018	USA	208	Longitudinal	13
Tsai et al., (21)	2018	Taiwán	394	Longitudinal	27
Djelantik et al., (22)	2018	Holanda	458	Transversal	51
Cozza et al., (23)	2016	USA	1732	Transversal	8,4
Malgaroli et al., (34)	2018	USA	305	Longitudinal	12,9
Fan et al., (30)	2019	Taiwán	109	Longitudinal	30,28
Pohlkamp et al., (24)	2018	Suecia	225	Transversal	12,8
Gesi et al., (8)	2016	USA	104	Transversal	17,4



Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Prevalencia (%)
Li y Prigerson. (2)	2016	China	1358	Casos y controles	67,8
Tal et al., (29)	2016	USA	395	Transversal	4,2
Aoyama et al., (35)	2017	Japón	9123	Transversal	17
Banyasz et al., (31)	2017	USA	162	Transversal	46,6
Charney et al., (17)	2018	USA	468	Transversal	29,0
Baumann et al., (20)	2020	Alemania	323	Transversal	59,1
Bellini et al., (12)	2018	Italia	35	Transversal	28,6
Morowatisharifabad et al., (10)	2020	Irán	247	Transversal	29,4
Wen et al., (13)	2020	Taiwán	849	Longitudinal	16,9
Matthews et al., (25)	2019	Canadá, Australia, USA, RU	148	Transversal	44
Lenferink et al., (28)	2017	Ucrania	167	Transversal	38,2
Eisma et al., (15)	2019	USA	412	Longitudinal	45,5
Aoun et al., (11)	2020	Australia	393	Transversal	18,5
Tsai et al., (36)	2020	Taiwán	398	Longitudinal	15,6
Probst et al., (6)	2016	USA	121	Cohorte	52,3
Zhang et al., (7)	2020	China	149	Transversal	36,9
Hanschmidt et al., (26)	2018	Austria	148	Transversal	10,8
Aoyama et al., (37)	2020	Japón	8823	Transversal	17

Abreviaturas: USA: Estados Unidos de América, RU: Reino Unido.

8. DISCUSIÓN

Investigaciones en el área del duelo han distinguido entre duelo normal y el complicado, siendo este último una forma separada de la psicopatología emergente en el contexto del duelo (3). Se lo define como una forma de duelo agudo inusualmente prolongado, intenso e incapacitante que está compuesto por síntomas de angustia por separación y angustia traumática que persiste seis meses o más después de la pérdida (9), (17).

Dentro de la caracterización de los participantes, los factores predominantes fueron: edad entre 41 a 49 años (10), (15), (16), (21), (22), (23), (24), (25); género femenino



del 29 % (22) al 89,86 % (25); nivel de instrucción secundaria completa e incompleta (7), (10), (11), (19), (24), (28), (30); y estado civil casados desde el 20,8 % (11) hasta el 90,6 % (24) y viudos del 9,4 % (7) al 72,6 % (11).

Los resultados indicaron prevalencias variables en dependencia de ciertas características que a su vez sirvieron para detallar los factores de riesgo. A menudo hay relación entre DC con los trastornos psiquiátricos. La categoría interpersonal fue la más estudiada, siendo relevantes para DC los síntomas de depresión, ansiedad y TEPT. Tsai et al., (21) menciona que el DC y la depresión se reconocen como trastornos de angustia emocional distintos para los cuidadores familiares en duelo. El 14 % de los participantes de ese estudio tuvieron DC y síntomas depresivos graves, mientras que la probabilidad de tener DC y síntomas depresivos graves, de manera aislada, fue del 2,4 % al 5,2 %, respectivamente. Asimismo, un estudio realizado en familiares de personas fallecidas en la guerra determinó que tres décadas después de la pérdida el PGD (trastorno de duelo prolongado) prevalecía en una proporción sustancial de éstos y se relacionaba con otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, TEPT) (25). La mayoría de casos de DC se presentan en un paciente con depresión previa a la pérdida; sin embargo, una persona que nunca experimentó un episodio de depresión mayor puede desarrollar DC con tendencia a la cronicidad. Nielsen et al., (19) determina que los niveles de dolor y los síntomas depresivos fueron más altos antes de la pérdida; mientras que los depresivos posteriores a la pérdida se predijeron por la edad temprana, el sexo femenino y la baja preparación para la muerte. Aoyama et al., (35) encuentra que el 58 % de los participantes con DC mostraron comorbilidad de síntomas con depresión, cuya prevalencia varió desde 1,5 % hasta 67,8 %. Li y Prigerson (2) demostraron la diferencia entre el DC, la depresión y la ansiedad, siendo la tasa de comorbilidad del DC y la depresión/ansiedad mayor en esta población oriental en duelo que el reportado en otras muestras occidentales. Tal et al., (29) determina que las personas con DC después de una muerte por suicidio tiene tasas más altas de TDM e ideación suicida de por vida, y posiblemente TEPT, en comparación con aquellos que sufrieron un duelo por accidente/homicidio o por



causas naturales. Estos hallazgos no fueron sorprendentes ya que estudios previos han encontrado que las familias en las que ocurre el suicidio a menudo tienen previamente psicopatologías o problemas sociales (3), (6), (17). Las personas con DC, independientemente de la modalidad de la muerte del difunto presentan síntomas de duelo intensos y prolongados, altas tasas de TDM, TEPT, ideación suicida, y deterioro en las actividades cotidianas (12). Finalmente, el tipo de relación afectiva con la persona fallecida, junto con el grado de parentesco también son factores de riesgo, hallazgos establecidos desde hacía mucho tiempo y que se evidencia su relación en varios artículos del presente estudio (9), (38).

El TDM y el DC coexisten con frecuencia, y cada uno puede aumentar el riesgo de desarrollar el otro. Ambos se asemejan en que afectan no solo al sufrimiento personal (con exceso de morbilidad, reducción de la calidad de vida, incluida la ideación suicida), sino que también afectan el trabajo y las relaciones personales (12). Difieren en la etiología, los factores de riesgo y en las manifestaciones clínicas. El DC se debe a la muerte de una figura de apego, en tanto que el TDM se basa en una tríada cognitiva de percepciones negativas de uno mismo, el mundo y el futuro, que puede ser desencadenado, pero no específicamente, por la muerte de un ser querido. En cuanto a los factores de riesgo, los relacionados con la pérdida/muerte son específicos para el DC, mientras que las variables a nivel individual e interpersonal son predominantes para TDM. Una característica clave del DC es el "anhelo y/o preocupación por el difunto", mientras que la anhedonia y la disforia persistente y omnipresente son los síntomas característicos del TDM.

En todos los estudios, está claro que entre el 30 % -50 % de las personas con DC no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor, lo que sugiere que DC y TDM son dos trastornos diferentes; del 50 %-70 % restante cumplen los criterios para ambos trastornos (20). La literatura internacional establece que el 7 % (3) de la población general desarrollará DC seis meses después de la pérdida; en esta revisión sistemática la prevalencia varió entre 2,4 % (21) a 86,5 % (23) con manifestaciones clínicas diversas. La presentación de este binomio (DC y



depresión) no es específica. La prevalencia de depresión en este estudio varió entre 1,5 % (33) hasta 67,8 % (2).

No es posible establecer cifras estadísticas exactas (porcentaje) de comorbilidad debido a la heterogeneidad de los contextos del fallecimiento, junto con los métodos utilizados para el estudio de estas variables, es decir, la falta de métodos diagnósticos estándares. Lo referido anteriormente insta la importancia de diferenciar estas dos entidades clínicas, ya que la mayoría de las veces coexisten, afectando gravemente la salud mental (y física) de la persona en duelo y su entorno.

LIMITACIONES

No existen criterios definidos para el diagnóstico de DC y de depresión. Se usan instrumentos (cuestionarios, criterios médicos, escalas) que difieren con la edad y el contexto de su aplicación contribuyendo a tener un sesgo en la información, de manera que se incluyeron a varios de éstos para no desaprovechar información valiosa contenida en las diversas publicaciones; asimismo los insuficientes artículos publicados afines al tema de estudio, desde 2016 hasta 2021.

IMPLICACIONES

Esta revisión sistemática demostró que el DC y la depresión son trastornos diferentes, y que cada uno puede aumentar el riesgo de desarrollar el otro; de ahí la pertinencia de la presente revisión sistemática, recalando la necesidad de realizar un diagnóstico clínico y diferencial adecuados para brindar soporte médico integral a las personas en riesgo, partiendo desde el primer nivel de atención.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

- En la caracterización de los participantes, predominaron: edad entre 41 a 49 años, género femenino, nivel de instrucción secundaria (completa e incompleta), y estado civil casados y viudos.



- El DC junto a otros trastornos psiquiátricos, principalmente la depresión, son comunes (pero diferentes) en las personas que están atravesando un proceso de duelo, lo que obliga a realizar un diagnóstico diferencial minucioso entre cada una de éstas entidades clínicas.
- Los factores de riesgo para DC son sexo femenino, ser madre, relación afectiva cercana con el fallecido, antecedente de algún trastorno psiquiátrico (sobre todo depresión); ser cuidador principal y la situación económica familiar moderada o mala.
- La prevalencia de DC fue muy variable en los diferentes estudios, dependiendo del grado de consanguinidad con el fallecido, el modo de la muerte, el tiempo del duelo y la presencia de comorbilidades biopsicosociales.
- La prevalencia de depresión fue muy inconstante en cada estudio analizado, asociándose positivamente con factores como antecedentes de patología psiquiátrica, el apoyo familiar y social y el parentesco con la persona muerta.

9.2.RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal médico en Atención Primaria en Salud para el manejo integral de los factores de riesgo para DC en personas susceptibles de padecerlo.
- Detectar de manera oportuna comorbilidades médicas o psiquiátricas (depresión, TEPT, etc.) en la población vulnerable para prevenir DC o brindar soporte sanitario adecuado.
- Para futuros estudios afines al tema se recomienda entrenamientos permanentes a los autores, muestras representativas, usar métodos diagnósticos acordes a la población de estudio y previamente validados, incluyéndose entrevistas clínicas estructuradas, y delimitar los criterios de elegibilidad según el modo de la muerte.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shear M, Reynolds F, Simon N, Zisook S. Complicated grief in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis [Internet]. New York: Roy-Byrne P; 2021 [Consultado 2021 Jul 26]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/complicated-grief-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=depresi%C3%B3n%20y%20duelo%20complicado%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
2. Li J, Prigerson H. Assessment and associated features of prolonged grief disorder among Chinese bereaved individuals. Compr Psychiatry [Internet] 2016 [consultado 2021 Jun 1]; 66:9-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995230/> DOI 10.1016/j.comppsy.2015.12.001
3. Komischke-Konnerup K, Zachariae R, Johannsen M, Nielsen L, O'Connor M. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord Rep [Internet] 2021 [consultado 2021 Jun 1]; 4:100140. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915321000676> DOI 10.1016/j.jadr.2021.100140
4. Otani H, Yoshida S, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Shima Y, et al. Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients. J Pain Symptom Manage [Internet] 2017 [consultado 2021 Jul 11]; 54(3):273-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711756/> DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010
5. Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. Rev Med Sinergia [Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 5]; 30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=97477>



6. Probst D, Gustin J, Goodman L, Lorenz A, Wells-Di Gregorio S. ICU versus Non-ICU Hospital Death: Family Member Complicated Grief, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms. *J Palliat Med* [Internet] 2016 [consultado 2021 Jun 5]; 19(4):387-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26828564/> DOI 10.1089/jpm.2015.0120
7. Zhang H, Shang Z, Wu L, Sun Z, Zhang F, Sun L, et al. Prolonged grief disorder in Chinese Shidu parents who have lost their only child. *Eur J Psychotraumatology* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 5]; 11(1):1726071. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32158517/> DOI 10.1080/20008198.2020.1726071
8. Gesi C, Carmassi C, Shear K, Schwartz T, Ghesquiere A, Khaler J, et al. Adult separation anxiety disorder in complicated grief: an exploratory study on frequency and correlates. *Compr Psychiatry* [Internet] 2017 [consultado 2021 Jul 9]; 72:6-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27683967/> DOI 10.1016/j.comppsy.2016.09.002
9. Xu X, Wen J, Zhou N, Shi G, Tang R, Wang J, et al. Grief and posttraumatic growth among Chinese bereaved parents who lost their only child: the moderating role of interpersonal loss. *Front Psychol* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jul 11]; 11:558313. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.558313/full> DOI 10.3389/fpsyg.2020.558313
10. Morowatisharifabad M, Alizadeh A, Bidaki R, Jambarsang S, Hosseini-Sharifabad M. Prevalence of complicated grief and related factors in elderly individuals in Sabzevar City, Iran. *Psychogeriatrics* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jul 6]; 20(5):718-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32702774/> DOI 10.1111/psyg.12579
11. Aoun S, Kissane D, Cafarella P, Rumbold B, Hogden A, Jiang L, et al. Grief, depression, and anxiety in bereaved caregivers of people with motor neurone disease: a population-based national study. *Amyotroph Lateral Scler Front Degener*



[Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 5]; 21(7-8):593-605. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668960/> DOI 10.1080/21678421.2020.1790610

12. Bellini S, Erbuto D, Andriessen K, Milelli M, Innamorati M, Lester D, et al. Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Front Psychol* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jul 20]; 9:198. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29568278/> DOI 10.3389/fpsyg.2018.00198

13. Wen F, Chou W, Shen W, Tang ST. Distinctiveness of prolonged-grief-disorder- and depressive-symptom trajectories in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jul 20]; 29(10):1524-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539210/> DOI 10.1002/pon.5441

14. Fernández M, Pérez M, Catena A, Pérez M, Cruz F. Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Rev Iberoam Psicol Salud* [Internet] 2016 [consultado 2021 Jun 20]; 7(1):15-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000186> DOI 10.1016/j.rips.2015.10.002

15. Eisma M, Lenferink L, Stroebe M, Boelen P, Schut H. No pain, no gain: cross-lagged analyses of posttraumatic growth and anxiety, depression, posttraumatic stress and prolonged grief symptoms after loss. *Anxiety Stress Coping* [Internet] 2019 [consultado 2021 Jun 23]; 32(3):231-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30793949/> DOI 10.1080/10615806.2019.1584293

16. Li J, Prigerson H. Assessment and associated features of prolonged grief disorder among Chinese bereaved individuals. *Compr Psychiatry* [Internet] 2016 [consultado 2021 Jun 10]; 66:9-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995230/> DOI 10.1016/j.comppsy.2015.12.001

17. Charney M, Bui E, Sager J, Ohye B, Goetter E, Simon N. Complicated grief among military service members and veterans who served after September 11,



2001: complicated grief among service members and veterans. *J Trauma Stress* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 15]; 31(1):157-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29384232/> DOI 10.1002/jts.22254

18. Otani H, Yoshida S, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Shima Y, et al. Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, Is Associated With Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet] 2017 [consultado 2021 Jun 16]; 54(3):273-9. Disponible en: [https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30273-7/fulltext](https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924(17)30273-7/fulltext) DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010

19. Nielsen M, Neergaard M, Jensen A, Vedsted P, Bro F, Guldin M. Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: A nationwide prospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* [Internet] 2017 [consultado 2021 Jul 25]; 53(3):540-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28042073/> DOI 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013

20. Baumann I, Künzel J, Goldbeck L, Tutus D, Niemitz M. Prolonged grief, posttraumatic stress, and depression among bereaved parents: prevalence and response to an intervention program. *OMEGA - J Death Dying* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 29]; 003022282091867. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0030222820918674> DOI 10.1177/0030222820918674

21. Tsai W, Kuo S, Wen F, Prigerson H, Tang S. Prolonged grief disorder and depression are distinct for caregivers across their first bereavement year. *Psychooncology* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 29]; 27(3):1027-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31957171/> DOI 10.1002/pon.4629

22. Djelantik A, Robinaugh D, Kleber R, Smid G, Boelen P. Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depress Anxiety* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 29];



37(1):26-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30724427/> DOI 10.1002/da.22880

23. Cozza S, Fisher J, Mauro C, Zhou J, Ortiz C, Skritskaya N, et al. Performance of DSM-5 Persistent Complex Bereavement Disorder Criteria in a Community Sample of Bereaved Military Family Members. *Am J Psychiatry* [Internet] 2016 [consultado 2021 Jun 11]; 173(9):919-29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27216262/> DOI 10.1176/appi.ajp.2016.15111442

24. Pohlkamp L, Kreichbergs U, Prigerson HG, Sveen J. Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Res* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 15]; 267:560-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118301380> DOI 10.1016/j.psychres.2018.06.004

25. Matthews L, Quinlan M, Bohle P. Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Prolonged Grief Disorder in families bereaved by a traumatic workplace death: the need for satisfactory information and support. *Front Psychiatry* [Internet] 2019 [consultado 2021 Jun 30]; 10:609. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31543835/> DOI 10.3389/fpsy.2019.00609

26. Hanschmidt F, Treml J, Klingner J, Stepan H, Kersting A. Stigma in the context of pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly: associations with grief, trauma, and depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 5]; 21(4):391-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29288285/> DOI 10.1007/s00737-017-0807-9

27. Eckholdt L, Watson L, O'Connor M. Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity. *J Affect Disord* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 5]; 227:338-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29136603/> DOI 10.1016/j.jad.2017.11.010

28. Lenferink L, De Keijser J, Smid G, Djelantik A, Boelen P. Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: latent class



analysis. Eur J Psychotraumatology [Internet] 2017 [consultado 2021 Jun 5]; 8(1):1298311. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28451067/> DOI 10.1080/20008198.2017.1298311

29. Tal I, Mauro C, Reynolds C, Shear K, Simon N, Lebowitz B, et al. Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. Death Stud [Internet] 2017 [consultado 2021 Jun 11]; 41(5):267-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27892842/> DOI 10.1080/07481187.2016.1265028

30. Fan S, Chen H, Hsieh J. Depressive mood and its risk factors, and persistent complex bereavement disorder among caregivers who received hospice care: A longitudinal study. Death Stud [Internet] 2019 [consultado 2021 Jun 22]; 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31199200/> DOI 10.1080/07481187.2019.1626947

31. Banyasz A, Weiskittle R, Lorenz A, Goodman L, Wells-Di Gregorio S. Bereavement service preferences of surviving family members: variation among next of kin with depression and complicated grief. J Palliat Med [Internet] 2017 [consultado 2021 Jul 22]; 20(10):1091-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28453358/> DOI 10.1089/jpm.2016.0235

32. Robbins-Welty G, Stahl S, Zhang J, Anderson S, Schenker Y, Shear K, et al. Medical comorbidity in complicated grief: Results from the HEAL collaborative trial. J Psychiatr Res [Internet] 2018 [consultado 2021 Jul 31]; 96:94-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987981/> DOI 10.1016/j.jpsychires.2017.09.017

33. Nam I. Complicated grief treatment for older adults: the critical role of a supportive person. Psychiatry Res [Internet] 2016 [consultado 2021 Jun 1]; 244:97-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27479098/> DOI 10.1016/j.psychres.2016.07.044

34. Malgaroli M, Maccallum F, Bonanno G. Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. Psychol Med [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 1];



48(14):2439-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017007/> DOI 10.1017/S0033291718001769

35. Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, Ogawa A, Fujisawa D, Kizawa Y, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* [Internet] 2018 [consultado 2021 Jun 1]; 27(3):915-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29247587/> DOI 10.1002/pon.4610

36. Tsai W, Wen F, Kuo S, Prigerson H, Chou W, Shen W, et al. Symptoms of prolonged grief and major depressive disorders: Distinctiveness and temporal relationship in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 15]; 29(4):751-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31957171/> DOI 10.1002/pon.5333

37. Aoyama M, Sakaguchi, Yukihiro, Fujisawa, Daisuke. Insomnia and changes in alcohol consumption. Relation between possible complicated grief and depression among bereaved family caregivers. *J Affect Disord* [Internet] 2020 [consultado 2021 Jun 10]; 6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658810/> DOI 10.1016/j.jad.2020.06.023

38. Fiore J. A Systematic Review of the dual process model of coping with bereavement (1999–2016). *OMEGA - J Death Dying* [Internet] 2019 [consultado 2021 Jun 23]; 003022281989313. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0030222819893139> DOI 10.1177/0030222819893139



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE BÚSQUEDA DE LOS ESTUDIOS

Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Nielsen et al., (19).	Journal of Pain and Symptom Management Q1	2017	Dinamarca	Cohorte prospectivo	3635	Se realizó un estudio de cohorte prospectivo con 3635 personas; los resultados de prevalencia fueron: para DC 7,6 % y para depresión 12,1 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28042073/
PubMed Otani et al., (18).	Journal of Pain and Symptom Management Q1	2017	Japón	Transversal	965	Se realizó un estudio transversal con 965 personas; los resultados de prevalencia fueron: para DC 11,9 % y para depresión 18,3 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711756/
PubMed Robbins-Welty et al., (32).	Journal of Psychiatric Research Q1	2018	USA	Casos y controles	395	Se realizó un estudio de casos y controles en 395 personas; los resultados de prevalencia fueron: para DC 24,8 % y para depresión 37,9 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987981/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Nam (33).	Psychiatry Research Q1	2016	Corea	Transversal	89	Se realizó un estudio transversal en 89 personas en duelo; la prevalencia de DC fue 6,83 % y de depresión 1,5 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27479098/
PubMed Eckholdt et al., (27).	Journal of Affective Disorders Q1	2018	USA	Longitudinal	208	Se realizó un estudio longitudinal con 208 personas en proceso de duelo; la prevalencia de DC fue del 11 % y de depresión 13 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29136603/
PubMed Tsai et al., (21).	Psycho-Oncology Q1	2018	Taiwán	Longitudinal	394	Se realizó un estudio longitudinal en 394 personas en duelo; la prevalencia de DC fue del 2,4 % y de depresión fue del 27 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29314437/
PubMed Djelantik et al., (22).	Depression and Anxiety Q1	2018	Holanda	Transversal	458	Este estudio transversal analítico estudió la prevalencia de DC y de depresión en 458 personas, los resultados fueron: 28 % y 51 %, respectivamente. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30724427/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Cozza et al., (23).	American Journal of Psychiatry Q1	2016	USA	Transversal	1732	Este estudio transversal estudió a 1732 personas en duelo, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de DC y de depresión; los resultados fueron: 86,5 % y 8,4 %, respectivamente. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27216262/
PubMed Malgaroli et al., (34).	Psychological Medicine Q1	2018	USA	Longitudinal	305	Se realizó un estudio de longitudinal en 305 personas en duelo; los resultados de prevalencia fueron: para DC 9,5 % y para depresión 12,9 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017007/
PubMed Fan et al., (30).	Death Studies Q2	2019	Taiwán	Longitudinal	109	Se realizó un estudio longitudinal en 109 personas en duelo; los resultados de prevalencia fueron: para DC 4,59 % y para depresión 30,28 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31199200/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
ScienceDirect Pohlkamp et al., (24).	Psychiatry Research Q1	2018	Suecia	Transversal	225	Este estudio transversal estudió la prevalencia de DC y de depresión en 225 personas en duelo, los resultados fueron: 16 % y 12,8 %, respectivamente. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118301380
PubMed Gesi et al., (8).	Comprehensive Psychiatry Q1	2016	USA	Transversal	104	Se realizó un estudio transversal para valorar la prevalencia de DC y de depresión en 104 participantes. Los resultados fueron: prevalencia de DC 42,5 % y de depresión 17,4 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27683967/
PubMed Li y Prigerson (2).	Comprehensive Psychiatry Q1	2016	China	Casos y controles	1358	Este estudio de casos y controles estudió la prevalencia de DC y de depresión en 1358 personas que se encontraban en proceso de duelo; los resultados fueron: 13,9 % y 67,8 %, respectivamente. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995230/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Tal et al., (29) .	Death Studies Q2	2016	USA	Transversal	395	Se realizó un estudio transversal en 395 participantes; los resultados de prevalencia para DC fueron de 7,7 % y para depresión 4,2 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27892842/
PubMed Aoyama et al., (35) .	Psycho- Oncology Q1	2017	Japón	Transversal	9123	A través de un estudio transversal que incluyó a 9123 personas, se analizó la prevalencia de DC y de depresión, cuyos resultados fueron: 14 % y 17 %, respectivamente. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29247587/
PubMed Banyasz et al., (31) .	Journal of Palliative Medicine Q1	2017	USA	Transversal	162	Mediante un estudio transversal en 162 personas se conoció que la prevalencia de DC fue del 34,2 % y la de depresión fue del 46,6 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28453358/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Charney et al., (17).	Journal of Traumatic Stress Q1	2018	USA	Transversal	468	Se realizó un estudio transversal en 468 personas en duelo. Los resultados de prevalencia fueron: para DC 30,4 % y para depresión: 29,0 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29384232/
PubMed Baumann et al., (20).	Omega: Journal of Death and Dying Q2	2020	Alemania	Transversal	323	En este estudio transversal se analizó en 323 participantes la prevalencia de DC y de depresión. Los resultados demostraron que el 84,2 % tenían DC y el 59,1 % depresión. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0030222820918674
PubMed Bellini et al., (12).	Frontiers in Psychology Q1	2018	Italia	Transversal	35	Mediante un estudio transversal que incluyó a 35 personas, se analizó la prevalencia de DC y de depresión, cuyos resultados fueron: 62,8 % y 28,6 %, respectivamente. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29568278/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Morowatishar ifabad et al., (10).	Psychogeriatrics Q2	2020	Irán	Transversal	247	Se realizó un estudio transversal, con una muestra de 247 personas en duelo. El objetivo fue determinar la prevalencia de DC y depresión. Los resultados fueron: 18,6 % prevalencia de DC y 29,4 % prevalencia de depresión. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32702774/
PubMed Wen et al., (13).	Psychology Q1	2020	Taiwán	Longitudinal	849	Este estudio longitudinal realizado en 849 personas, estableció que el 3,8 % tenía DC y el 16,9 % depresión. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539210/
PubMed Matthews et al., (25).	Frontiers in Psychology Q1	2019	Canadá, Australia, USA, RU	Transversal	148	Se realizó un estudio transversal en 148 personas en proceso de duelo; la prevalencia de DC fue del 43 % y de depresión: 44 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31543835/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Lenferink et al., (28).	European Journal of Psychotraumatology Q1	2017	Ucrania	Transversal	167	Se realizó un estudio transversal, en una muestra de 167 personas. La prevalencia de DC fue del 41,8 % y de depresión fue 38,2 %. Datos diferentes a otros estudios afines. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28451067/
PubMed Eisma et al., (15).	Anxiety, Stress and Coping Q1	2019	USA	Longitudinal	412	Mediante un estudio longitudinal y con el objetivo de determinar la prevalencia de DC y de depresión, se estudió a 412 personas en un periodo de duelo mayor a seis meses. Los resultados fueron: 56 % prevalencia de DC y 45,5 % prevalencia de depresión. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30793949/
PubMed Aoun et al., (11).	Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration Q1	2020	Australia	Transversal	393	Se realizó un estudio transversal en 393 personas y se determinó que la prevalencia de DC fue del 9,7 % y la de depresión fue del 18,5 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668960/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
PubMed Tsai et al., (36).	Psycho- Oncology Q1	2020	Taiwán	Longitu dinal	398	Este estudio longitudinal realizado en 398 personas, analizó la prevalencia de DC y de depresión en una muestra de participantes en duelo. Los resultados fueron: prevalencia de DC 5,2 % y de depresión: 15,6 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31957171/
PubMed Probst et al., (6).	Journal of Palliative Medicine Q1	2016	USA	Cohorte	121	Se realizó un estudio de cohorte en 121 personas y se determinó que la prevalencia de DC fue del 40,9 % y de depresión fue del 52,3 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26828564/
PubMed Zhang et al., (7).	European Journal of Psychotraum atology Q1	2020	China	Transve rsal	149	En este estudio transversal realizado en 149 personas, se determinó que el 22,2 % tenía DC y el 36,9 % depresión. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32158517/



Base datos/Autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
Pubmed Hanschmidt et al., (26) .	Archives of Women's Mental Health Q1	2018	Austria	Transversal	148	Se realizó un estudio transversal en 148 personas y se determinó que la prevalencia de DC fue del 17,6 % y de depresión fue del 10,8 %. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29288285/
PubMed Aoyama et al., (37) .	Journal of Affective Disorders Q1	2020	Japón	Transversal	8823	Se realizó un estudio transversal en una muestra de 8823 personas. La prevalencia de DC fue del 14 % y de depresión fue 17 %; datos diferentes a otros estudios afines. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658810/

Abreviaturas: USA: Estados Unidos de América, RU: Reino Unido; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.



ANEXO 2: RECURSOS HUMANOS

Investigador principal	Marina Cabezas
Director	Dr. Pedro Pacheco
Asesor metodológico	Dra. Miriam Lucio

ANEXO 3: PRESUPUESTO

Fuentes	Recursos	Unidades que se requieren	Valor de cada unidad (USD)	Costo total (USD)
Autor del estudio	Hojas	150	-	10.00
	Impresiones	120	0,10	12.00
	Internet	6 meses	23.00	138.00
	Computador	1	-	-
	Transporte (gasolina)	-	-	30.00
	Varios	-	-	50.00
	TOTAL			



ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Mes					
	1	2	3	4	5	6
1. Revisión final del protocolo y aprobación	X					
2. Diseño y prueba de instrumentos		X				
3. Recolección de datos		X	X			
4. Procesamiento y análisis de datos			X			
5. Informe final			X	X	X	