

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**“DUELO Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE  
FALLECIDOS DURANTE AISLAMIENTO SOCIAL”**

**Por**

**DRA. NANCY VALERIA GARCÍA LEAL**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**DICIEMBRE, 2024**

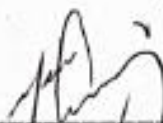
**“DUELO Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE FALLECIDOS DURANTE  
AISLAMIENTO SOCIAL”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. Carlos Augusto López Acevo  
Director de la tesis**



---

**Dr. Neri Alejandro Álvarez Villalobos  
Co-Director de la tesis**



---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza  
Coordinador de Enseñanza**



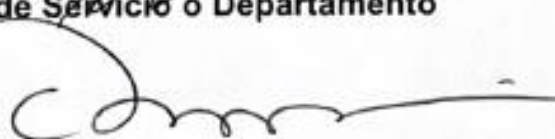
---

**Dr. Erasmo Saucedo Uribe  
Coordinador de Investigación**



---

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano  
Jefe de Servicio o Departamento**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez  
Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, por estar siempre presentes, por escucharme y por ser el motor constante que me impulsa a cumplir todas mis metas. Gracias por siempre rodearme de amor, cariño y por ser siempre mi espacio seguro. Papi, Mami, Naty, Vera, Ricardo. Los amo eternamente.

# TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	RESÚMEN	Página
1.	RESÚMEN	10
1.1	DUELO	10
-	DUELO AGUDO	11
-	DUELO COMPLICADO	12
1.2	TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO	11
1.2.1	EPIDEMIOLOGÍA	14
1.2.2	FACTORES DE RIESGO	15
1.2.3	EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	17
1.3	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	17
1.3.1	EPIDEMIOLOGÍA	19
1.3.2	FACTORES DE RIESGO/FACTORES ASOCIADOS	20
1.3.3	EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	21
1.3.3.1	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	22
1.3.3.2	PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE -9 (PHQ-9)	22
1.3.3.3	ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON	23
1.3.4	TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	25
1.3.4.1	MANEJO PSICOTERAPÉUTICO	26
-	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	26
-	TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL	27
-	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA	27
-	TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	28
-	TERAPIA INTERPERSONAL	28
-	TERAPIA BASADA EN MINDFULNESS	29
1.3.4.2	MANEJO FARMACOLÓGICO	29
1.4	COVID-19	30
1.4.1	EPIDEMIOLOGÍA COVID-19	30
1.4.2	AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID 19	31
1.5	COVID 19 Y ENFERMEDADES MENTALES	31
1.5.1	COVID 19 Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	32
1.5.2	COVID 19 Y TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO	33
1.6	RELIGIÓN Y SALUD MENTAL	34
Capítulo II		
2.	JUSTIFICACIÓN	34

### Capítulo III

3. HIPÓTESIS .....	35
3.1 HIPÓTESIS ALTERNA .....	35
3.2 HIPÓTESIS NULA .....	35

### Capítulo IV

4. OBJETIVOS .....	35
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	35
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35

### Capítulo V

5. MATERIAL Y MÉTODOS .....	36
-----------------------------	----

### Capítulo VI

6. RESULTADOS .....	39
---------------------	----

### Capítulo VII

7. DISCUSIÓN .....	43
--------------------	----

### Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN .....	43
---------------------	----

### Capítulo IX

9. ANEXOS .....	45
-----------------	----

9.1	Cuestionario .....	45
Capítulo X		
	10.BIBLIOGRAFÍA .....	64
Capítulo XI		
	11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	71

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Criterios de CIE-11 para Trastorno de Duelo Prolongado .....	12
2. Criterios de DSM-V para diagnóstico de Trastorno de Duelo Prolongado	13
3. Criterios de DSM-V para diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor	18
4. Determinantes sociales y ambientales del TDM .....	20
5. Especificadores del TDM .....	21
6. Guía de interpretación del cuestionario PHQ-9.....	23
7. Escala de depresión de Hamilton.....	24
8. Correlación despedida previo al fallecimiento y grado de depresión....	40
9. Análisis estadístico.....	42

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Marco integrador de factores de riesgo para la predicción del resultado de duelo.....	16
2. Fórmula para el tamaño de la muestra.....	38



## LISTA DE ABREVIATURAS

**TDM:** Trastorno Depresivo Mayor.

**PGD:** Trastorno de Duelo Prolongado.

**PGD-13:** Prolonged Grief Disorder Questionnaire

**BDI:** Inventario de Depresión de Beck

**PHQ-9:** Patient Health Questionnaire.

**HAM-D:** Escala de Depresión de Hamilton.

**TCC:** Terapia Cognitivo Conductual.

**ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina.

**ISRN:** Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Noradrenalina.

**IMAO:** Inhibidores de la Monoamino Oxidasa.

**SARS-CoV-2:** Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus 2.

## CAPÍTULO 1. RESÚMEN.

### CAPÍTULO 1.1 DUELO.

El duelo por definición es la reacción normal que se presenta ante la pérdida de una persona, animal, objeto, etapa o evento significativo (1). Es una experiencia universal humana, hasta un tercio de las personas en duelo desarrollan un trastorno depresivo (2). La reacción aguda típica de duelo suele ser caracterizada por angustia y deterioro en el funcionamiento, sin embargo, no debería ser diagnosticado como un trastorno psiquiátrico. (3)

Ha sido descrito por etapas, sin embargo, no suele ser un proceso lineal y dichas etapas se pueden presentar de forma simultánea en una mezcla de emociones y respuestas. (2).

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross junto a David Kessler en su libro *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss* (en español: Sobre el duelo y el dolor) describe las 5 etapas de duelo que brindan un marco de referencia para aquel que atraviesa la pérdida de un ser querido. (4)

1. Negación: La persona sabe que su ser querido ha muerto, pero la negación se refiere al no lograr creer que su ser querido ya no estará presente.
  2. Ira: Hacia la persona que murió o a sí mismo al no poder prevenir la muerte del ser querido.
  3. Negociación: Donde el individuo que experimenta el duelo se encuentra en una mentalidad de “si tan solo yo” pensando que podrían haber sido capaces de controlar la situación y prevenir la pérdida.
  4. Depresión: Donde se describe la normalidad de la sensación depresiva y se afirma como un sentimiento necesario para comenzar el proceso de sanación.
  5. Aceptación: En esta etapa el individuo puede reconocer su etapa actual de vida sin su ser querido como una realidad y puede continuar con su vida.
- (4)

La respuesta a la pérdida de un ser querido varía de persona en persona, siendo la sociedad quien impone la forma de manifestar el luto y tiempo de dolor. (5) Su patrón e intensidad varía en el transcurso del tiempo y evoluciona conforme el individuo se adapta a la pérdida. (6).

La experiencia del duelo se ve influenciada por rituales personales, culturales y religiosos que varían ampliamente y son únicos de persona a persona. (6) En la América contemporánea se espera que la persona que ha perdido al ser querido vuelva al trabajo o colegio en algunas semanas, restablezca el equilibrio en pocos meses y sea capaz de buscar nuevas relaciones entre 6 meses y 1 año después. (5) Con el tiempo, la mayoría de las personas en proceso de duelo gradualmente se ajustarán a la situación (2) Un factor crucial es el significado de la pérdida, y la búsqueda dolorosa del entendimiento del motivo de la muerte.

El proceso agudo del duelo puede progresar a un duelo prolongado o complicado, el cual es un síndrome identificable que requiere un tratamiento específico. (7)

#### - **DUELO AGUDO.**

El duelo agudo inicia una vez que la persona conoce que un ser querido ha muerto. Este se acompaña de ansiedad, tristeza, así como pensamientos, recuerdos y anhelo de la persona fallecida. Se puede acompañar con síntomas como disforia, depresión, enojo e ira. (8)

#### - **DUELO COMPLICADO.**

El duelo complicado se caracteriza por un duelo intenso que persiste por un tiempo mayor al esperado, con ansiedad, anhelo y tristeza de forma intensa y persistente. Suele acompañarse de pensamientos y recuerdos constantes e insistentes sobre el familiar fallecido, así como de incredulidad y dificultad importante para aceptar la realidad del fallecimiento. Con un pensamiento rumiante, enfocado usualmente en enojo y culpa sobre las circunstancias de la muerte. Pueden evitar situaciones que recuerden la pérdida o aferrarse a la persona fallecida rememorando, y viendo, tocando u oliendo las pertenencias de esta.

Las personas que experimentan un duelo complicado se pueden encontrar impactadas, aturdidas, emocionalmente distantes pueden alejarse afectivamente de las demás personas (8).

### **CAPÍTULO 1.2. TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO.**

El trastorno de duelo prolongado se incluyó recientemente como un diagnóstico codificable en el CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud y en el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría. Previo a esto, se han propuesto múltiples criterios para condiciones de duelo prolongado, llevando otros nombres previamente como, duelo patológico, duelo prolongado y duelo complicado.

Los criterios diagnósticos actuales para trastorno de duelo prolongado comparten algunas similitudes y presentan algunas diferencias entre el CIE-11 y el DSM5. La diferencia más notable siendo el marco de tiempo requerido para realizar el diagnóstico. Mientras que en el DSM-5 se requiere que la muerte haya ocurrido al menos hace 6 meses, en el CIE-11 se requieren solo 6. (10) Ambos requieren síntomas iniciales de anhelo o preocupación constante con pensamientos o recuerdos del fallecido.

El diagnóstico de trastorno de duelo prolongado se ha introducido recientemente al CIE-11 (9). Para realizar su diagnóstico se requiere la presencia de al menos 1 o 2 síntomas de angustia por separación y al menos 1 de 10 síntomas accesorios que generan un deterioro funcional por al menos 6 meses.

Tabla 1. Criterios de CIE-11 para Trastorno de duelo prolongado.

Síntomas de Trastorno de Duelo Prolongado CIE-11.
A.1. Un anhelo persistente y pervasivo por el fallecido o A.2. Una preocupación persistente y pervasiva por el fallecido. B.1. Acompañada por intenso dolor emocional Ej. Tristeza. B.2. Culpa. B.3. Enojo. B.4. Negación. B.5. Culpabilización. B.6. Dificultad para aceptar la muerte. B.7. Sentimiento que se ha perdido una parte de uno mismo. B.8. Incapacidad para experimentar estados de ánimo positivos. B.9. Emotividad reducida o embotamiento emocional. B.10. Dificultad para participar en actividades sociales u otras actividades. C. Deterioro funcional.

En el año 2021 la Asociación Psiquiátrica Americana incluye el trastorno de duelo prolongado en la sección II del DSM-V. (10) Su diagnóstico requiere la presencia de 1 síntoma de angustia de separación y 3 de 8 síntomas adicionales que lleven a un deterioro funcional por al menos 12 meses tras la pérdida.

Tabla 2. Criterios de DSM-V para diagnóstico de Trastorno de Duelo Prolongado.

Criterios de DSM-V para el diagnóstico de Trastorno de Duelo Prolongado.
<p>A. La muerte al menos hace 12 meses de una persona cercana al individuo en duelo (Para niños y adolescentes, al menos 6 meses atrás).</p> <p>B. Desde la muerte, el desarrollo de una respuesta de duelo persistente caracterizada por uno o ambos de los siguientes síntomas, que han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo. Además, el (los) síntoma(s) ha ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anhelos intensos por la persona fallecida.</li><li>2. Preocupación por pensamientos o recuerdos de la persona fallecida (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte).</li></ol> <p>C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo. Además, los síntomas han ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Disrupción de la identidad (por ejemplo, sentir como si parte de uno mismo hubiera muerto) desde la muerte.</li><li>2. Sentido marcado de incredulidad acerca de la muerte.</li><li>3. Evitación de recordatorios de que la persona está muerta (en niños y adolescentes, puede caracterizarse por esfuerzos para evitar recordatorios).</li><li>4. Dolor emocional intenso (por ejemplo, enojo, amargura, tristeza) relacionado con la muerte.</li><li>5. Dificultad para integrarse en las relaciones y actividades después de la muerte (por ejemplo, problemas para relacionarse con amigos, perseguir intereses o planificar el futuro).</li><li>6. Emotividad reducida (ausencia o marcada reducción de la experiencia emocional) como resultado de la muerte.</li></ol> <p>D. La alteración causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

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

F. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, como trastorno depresivo mayor o trastorno de estrés postraumático, y no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicación, alcohol) u otra condición médica.

### **CAPÍTULO 1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA.**

Existen múltiples estudios, realizados con el objetivo de identificar la prevalencia del trastorno del duelo prolongado, sin embargo, muchos de ellos se realizaron con definiciones previas de dicho diagnóstico. (11) En 2017 a través de una revisión sistemática y metaanálisis se identificó una prevalencia de trastorno de duelo prolongado del 9.8% en una población mayor a 18 años que sufrió el fallecimiento de un ser querido de forma no violenta al menos 6 meses antes del estudio. (12) Sin embargo en el momento del estudio aún no se incluía el diagnóstico dentro de los criterios del CIE-11, por lo que se utilizaron datos de pocos estudios y con grupos de población pequeños.

De la misma forma existen estudios realizados en grupos de población específica, donde se observan prevalencias distintas según el contexto de la muerte, por ejemplo, muertes no naturales como homicidios o accidentes donde se reporta una prevalencia de hasta el 49% (13). O padres quienes sufren la pérdida de un hijo único donde se ha visto una prevalencia del 35.5% (14) siguiendo los criterios del CIE-11.

En un estudio de prevalencia realizado en Alemania durante el 2021(11), se tomaron en cuenta tanto los criterios de CIE-11 y DSM-V para estudiar a la población general, utilizando la versión extendida del self-reported Prolonged Grief Disorder-13+9 (PG 13+9). Encontrando una prevalencia de trastorno de duelo prolongado en población general del 1.5% según los criterios del CIE-11, y 1.2% siguiendo los criterios del DSM-V. Dentro del mismo estudio en aquella población que se encontraba atravesando por el fallecimiento de un ser querido independientemente de la causa, el 4.2% desarrolló un trastorno de duelo prolongado según CIE-11 y el 3.3% según DSM-V.

En un estudio transnacional se identificó una prevalencia de un 13% que se acerca al 9% de Lundorff et al. 2017 sin embargo en dicha revisión no se reportaron estudios en Latinoamérica. (15)

Existe poca información para reportar la prevalencia de trastorno de duelo prolongado en población latinoamericana.

## **CAPÍTULO 1.2.2. FACTORES DE RIESGO.**

El proceso de duelo es algo normal y una parte natural de la vida. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de las personas reaccionan a este de una forma resiliente, aproximadamente del 5-10% experimentará un duelo persistente tras la muerte de un ser querido por causas naturales. (16)

El Trastorno de Duelo Prolongado es una de las múltiples complicaciones que se pueden encontrar tras la muerte de un ser querido sienten los síntomas iniciales más comunes, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. (17)

Existen múltiples predictores para desarrollar síntomas de un Trastorno de Duelo Prolongado, entre ellos los 2 más notables son el haber presentado síntomas de depresión o duelo previo al fallecimiento del ser querido. (18) Buur (2024) a través de un metaanálisis y revisión sistemática identificó los siguientes factores de riesgo clínicamente significativos que se asocian a trastorno de duelo prolongado: Síntomas de duelo o depresión previo a la pérdida, la muerte de una pareja, la muerte de un hijo, apego ansioso, muerte violenta o no natural, muerte inesperada, género femenino, pobre nivel educacional, ingreso bajo, soltería y pérdida de múltiples familiares. (18)

El modelo de procesamiento dual (19) define 2 tipos de estresores a los que la persona experimentando un duelo se enfrenta, estos son los factores estresantes orientados a la pérdida y los orientados a la restauración.

Los factores estresantes orientados a la pérdida van relacionados a la experiencia de la pérdida per se. Mientras que los factores estresantes orientados a la restauración son secundarios y consecuentes al proceso de duelo.

Este modelo propone que el proceso de afrontamiento ocurre de forma dinámica oscilando entre estos 2 factores estresantes.

El marco integrador de factores de riesgo (20) describe 5 elementos interrelacionados que ayudan a describir y determinar aquellas diferencias individuales en el proceso del duelo. Estos 5 elementos son:

Categoría A: Naturaleza del estresor. Estrés orientado a la pérdida, donde la respuesta de quien vive el duelo está directamente relacionada a la muerte y/o la relación y personalidad de la persona fallecida. (Ej. si fue una muerte natural o traumática). Estrés orientado a la restauración, todas aquellas situaciones que surgen de forma secundaria a la muerte (Ej. Trámites, dificultades en el trabajo, aprender labores que previamente hacía la persona fallecida).

Categoría B: Recursos interpersonales. Aquellos que involucran factores externos a la persona que vive el duelo, como el contexto social o ambiental.

Categoría C: Recursos intrapersonales. Son las características intrínsecas a la persona que vive el duelo. (Ej. Estilos de apego, personalidad)

Categoría D: Procesos de evaluación y afrontamiento. La persona que vive la pérdida evalúa el significado personal del evento y por ende las opciones que tiene para afrontarlo.

Categoría E: Resultados. Por ejemplo, cambios fisiológicos, cambios en la salud o la reintegración social

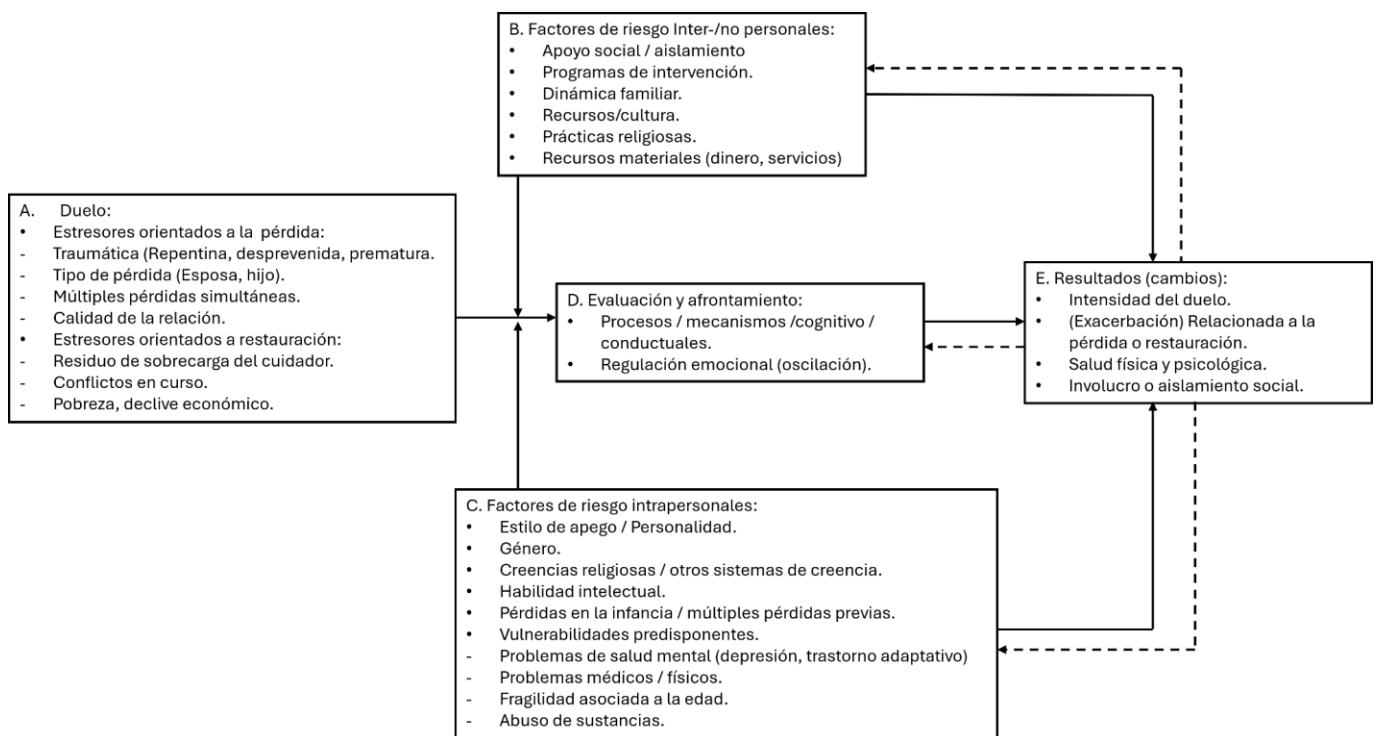


Figura 1. El marco integrador de factores de riesgo para la predicción del resultado de duelo. (Strobe et.al 2006)

Es de suma importancia destacar que el riesgo de desarrollar un trastorno de duelo complicado es multifactorial y es necesario individualizar cada caso tomando en cuenta cada factor.



### **CAPÍTULO 1.2.3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.**

Parte de la evaluación del paciente en el que se sospecha un Trastorno de Duelo Prolongado, debería incluir el uso de clinimetría para definir la severidad e intensidad de los síntomas. Por ejemplo, la entrevista clínica estructurada para duelo complicado SCI-CG por sus siglas en inglés. (22) Es una clínica hetero aplicable que contiene 31 calificaciones sobre la presencia de síntomas del trastorno del duelo prolongado en el último mes, además de una sección opcional donde se valoran características asociadas a la muerte, la relación con el fallecido causa de la muerte y hace cuanto tiempo ocurrió.

Otra herramienta disponible como clinimetría es el Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13), este instrumento contiene 13 ítems, 2 de ellos evalúan el tiempo de duración y el nivel de discapacidad y los 11 ítems restantes evalúan sintomatología cognitiva, conductual y emocional. Para identificar la presencia de un Trastorno de Duelo Prolongado se requiere cumplir con los 5 criterios que son: (A) que la persona haya experimentado una pérdida; (B) angustia por separación, es decir la persona debe experimentar un anhelo relacionado con el duelo de forma diaria; (C) los síntomas de angustia por separación deben continuar al menos 6 meses después de la pérdida; (D) síntomas cognitivos, emocionales y conductuales: se deben presentar al menos 5 síntomas basados en los ítems 4–11 al menos "una vez al día" o "bastante a menudo"; y (E) la persona debe presentar un deterioro significativo en su funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes. (23)

### **CAPÍTULO 1.3. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.**

El trastorno depresivo mayor, se define como la presencia de al menos un episodio depresivo que ocurra sin historia previa de episodios de manía o hipomanía. Como característica esencial es que debe durar al menos un periodo de 2 semanas en las que se presente al menos 1. Un estado de ánimo depresivo o 2. La pérdida de interés o placer en todas, o casi todas las actividades, la mayor parte del día, la mayoría de los días, junto con al menos 4 síntomas adicionales de los encontrados en la lista de criterios de diagnóstico, durante estas mismas 2 semanas.

Estos síntomas incluyen: pérdida o aumento de peso de forma significativa así como pérdida o aumento de apetito significativo, insomnio o hipersomnia de forma diaria, agitación o enlentecimiento psicomotriz observable por los demás, fatiga o

pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa inapropiada, dificultad para mantener la concentración o indecisión observable por otros, pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente así como intentos de suicidio previos o planeación suicida. (24)

Tabla 3. Criterios de DSM-V para diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Criterios de DSM-V para diagnóstico de trastorno depresivo mayor.
<p>A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas, y representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas en cualquiera (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>Nota: No se incluyen síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado ya sea de forma subjetiva (Ej. Se siente triste, vacío, desesperanzado u observado por otros Ej. Se observa con ojos llorosos). (Nota: En niños y adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable).</li><li>2. Una disminución de interés o placer marcada en todas, o casi todas las actividades la mayor parte del día, prácticamente todos los días (indicado por experiencia subjetiva o por la observación de otros)</li><li>3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta, o aumento de peso (Ej. Un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento de apetito casi todos los días. (Nota: En los niños considerar, la falla a alcanzar el peso esperado para su edad).</li><li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li><li>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no meramente la sensación subjetiva de inquietud o sentirse enlentecido)</li><li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li><li>7. Sentimientos de minusvalía, o culpa excesiva o inapropiada (que pudiera ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreproches o culpa de estar enfermo)</li><li>8. Disminución en la habilidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea que se reporte de forma subjetiva u observado por otros).</li></ol>

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo el miedo a morir), ideación suicida recurrente sin una planeación específica, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.
- B. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o condición médica.

Nota: Los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (Ej. Duelo, ruina financiera, pérdidas por desastres naturales, enfermedades médicas serias o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, pobre apetito, y pérdida de peso, notados en el Criterio A, lo cual pudiera semejar un episodio depresivo. Aunque estos síntomas puedan ser comprensibles o considerados apropiados a la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor en adición a la respuesta normal a una pérdida significativa deberá ser considerada de forma cuidadosa. Esta decisión inevitablemente requiere ejercer un juicio clínico basado en la historia individual del individuo y las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de una pérdida.

- D. Al menos un episodio depresivo mayor no se puede explicar de mejor forma por un trastorno esquizoafectivo y no se superpone con esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros trastornos específicos o inespecíficos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio de manía o hipomanía.

Nota: Esta exclusión no aplica si todos los episodios tipo-manía o tipo-hipomanía son inducidos por sustancias o atribuibles a los efectos fisiológicos de alguna otra condición médica.

### **1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA:**

El mejor estimado a nivel mundial de la prevalencia del trastorno depresivo mayor, viene del World Mental Health Survey (WMH), o la Encuesta Mundial de Salud Mental por su traducción en español. Donde se evaluaron casi 90,000 individuos en 18 países de cada continente.

La prevalencia promedio en 12 meses del trastorno depresivo mayor es aproximadamente del 6%.

La prevalencia en toda la vida suele ser 3 veces mayor a la prevalencia en 12 meses, indicando que el trastorno depresivo mayor afecta a 1 de cada 6 adultos.

(25) Esto indica que aproximadamente el 20% de la población cumplirá criterios para trastorno depresivo mayor en algún punto de su vida.

Otros estudios muestran que la edad media de inicio, la severidad, el perfil de síntomas y la correlación básica sociodemográfica y ambiental son en su mayoría comparables entre países y culturas. (26) Existiendo, sin embargo, una discrepancia entre el acceso a tratamiento según los recursos disponibles en cada país. Consiguiendo un tratamiento adecuado hasta el 50-60% de la población de países con mayores recursos, a diferencia de menos del 10% de los pacientes de países con bajos recursos. (27)

### 1.3.2 FACTORES DE RIESGO / FACTORES ASOCIADOS:

Las mujeres presentan el doble de riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor que los hombres después de la pubertad. (28) En ambos sexos la media de edad de inicio es a los 25 años y la brecha de mayor riesgo oscila entre la adolescencia media/tardía e inicios de los 40 años.

Otros factores ambientales que se han reportado tanto en hombres como mujeres son: la ausencia de una pareja (divorcio, viudez) y la experiencia de eventos negativos recientes (enfermedad, problemas económicos, etc.) Además de otros factores sociales determinantes pueden ser adversidades en la infancia, estado socioeconómico o pobre apoyo social, así como poca educación. (29)

Tabla 4. Determinantes sociales y ambientales del TDM. (30)

Determinantes sociales y ambientales del Trastorno Depresivo Mayor.
Múltiples factores sociales y ambientales se asocian con el riesgo y pronóstico del Trastorno Depresivo Mayor. Se pueden categorizar de la siguiente manera.
1. Factores demográficos. Edad, sexo, etnicidad.
2. Estatus socioeconómico. Pobreza, desempleo, pobre educación, poco ingreso económico.
3. Factores de la vivienda/vecindad.

<p>Casa inadecuada, hacinamiento, violencia en el barrio y seguridad.</p> <p>4. Eventos socioambientales. Desastres naturales, guerra, conflicto, migración, discriminación, dificultades laborales, pobre apoyo social, trauma o eventos de vida negativos.</p> <p>5. Factores de estilo de vida. Uso de alcohol, tabaquismo, dieta alta en grasas o azúcar, pobre actividad física.</p>
---

**1.3.3 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO:**

Los criterios para realizar el diagnóstico del trastorno depresivo mayor se encuentran en la Tabla 3. Una vez que se determina que el paciente cumple con criterios para un trastorno depresivo mayor es necesario utilizar los especificadores de dicho episodio depresivo para tener una descripción más precisa del cuadro actual. El primer especificador siendo la severidad que va desde leve, moderada a severa. *Tabla 5. (30)*

Dentro del proceso diagnóstico, además de los especificadores mencionados en el manual del DSM-V existen múltiples cuestionarios y clinimetría que nos ayuda a valorar la severidad de la sintomatología, entre ellas se encuentra el Inventario de Depresión de Beck, PHQ-9, la escala Hamilton de Depresión que serán descritas a mayor profundidad a continuación.

Tabla 5. Especificadores del Trastorno Depresivo Mayor.

Sintomatología ansiosa.	Características mixtas.	Características melancólicas.	Síntomas atípicos.	Síntomas psicóticos	Síntomas catatónicos.
Este especificador requiere de al menos 2 de los siguientes: La sensación de estar tenso, inquietud inusual, dificultad para mantener la	Este especificador refleja la idea de que el trastorno depresivo se encuentra en un continuo con el trastorno bipolar. Requiere al menos 3 de los siguientes síntomas durante el episodio depresivo:	Los criterios incluyen: anhedonia, pérdida de placer, pérdida de reactividad a estímulos positivos, una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo	Al menos 2 de los siguientes: Aumento considerable de peso o del apetito. Hipersomnia, parálisis de leaden o de extremidades y sensibilidad	Los síntomas psicóticos suelen ser congruentes con el estado de ánimo. El contenido de las alucinaciones	Se refiere a una marcada alteración psicomotora que incluye una disminución en la actividad motora, falta de involucramient

concentración secundaria a preocupación, miedo de que cosas terribles sucedan y preocupación de perder el auto control.	Estado de ánimo elevado o expansivo, aumento de autoestima o grandiosidad, habla apresurada, fuga de ideas, aumento de energía, actividad excesiva en conductas que pudieran traer consecuencias negativas y reducción en la necesidad del sueño.	(Ej. desesperanza, empeoramiento de los síntomas durante la mañana, insomnio terminal, alteraciones psicomotoras, pérdida de peso y pensamientos de culpa excesivos.	interpersonal.	s o delirios es consistente con la situación interpersonal, culpa, etc.	o en una conversación o exámen físico. Actividad motora excesiva o peculiar. Se suele acompañar de síntomas psicóticos.
---	---	--	----------------	---	---

### 1.3.3.1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) por sus siglas en inglés, es un cuestionario auto aplicable para evaluar la severidad de la depresión. (31) Desarrollado en 1961. Ha pasado por múltiples revisiones en 1978 es BDI-IA, y en 1996 el BDI-II. Existe una versión aún más breve para centros de atención primaria BDI-FS.

Las preguntas son diseñadas para evaluar la sintomatología en las últimas 2 semanas y según los criterios del Trastorno Depresivo Mayor del DSM-V.

El BDI-II contiene 21 ítems con una escala de 4 puntos, siendo 0 (sintomatología ausente), hasta el 3 (sintomatología severa). En esta escala no se valora la sintomatología ansiosa, sin embargo cubre los síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y vegetativos. La calificación mínima es de 0 y la máxima de 63, entre mayor puntaje indicando mayor severidad del cuadro clínico.

En aquellas personas diagnosticadas con depresión un puntaje de 0-13 indica una depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa. (32) Esta herramienta puede ser utilizada como método de tamizaje o para evaluar la severidad de la sintomatología.

7

### 1.3.3.2 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - 9 (PHQ-9)

El Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) es un cuestionario auto aplicable para medir los síntomas de depresión, consiste en 9 ítems que se desarrolló según los criterios de en ese entonces el DSM-IV.

Se le solicita al paciente calificar cada uno de los ítems en una escala del 0-3, considerando que tanto el síntoma ha generado malestar en las últimas 2 semanas. (0. Nada, 1. Algunos días, 2. Más de la mitad de los días, 3. Casi todos los días. (33) Se puede obtener un puntaje de 0-27 puntos. En esta escala un puntaje de 10 puntos o más se utiliza como screening para trastorno depresivo mayor.

Según el puntaje es la severidad de la sintomatología: 0-4 sin depresión/depresión mínima, 5-9 leve, 10-14 moderada, 15-19 moderadamente severa y 20-27 severa.

Según la severidad se sugieren distintos planes de acción. (34) (Tabla 6)

Al final del cuestionario se evalúa el nivel de disfunción que la sintomatología le genera al paciente a través de la siguiente pregunta. Si seleccionaste alguno de los problemas, que tan difícil hacen estos problemas tu trabajo, el cuidado de tu hogar, o tu relación con las demás personas. Con las siguientes opciones de respuesta: No lo hace difícil, lo hace un poco difícil, lo hace muy difícil, lo hace extremadamente difícil. Esta sección del cuestionario nos ayuda a valorar el nivel de deterioro funcional en el paciente.

Tabla 6. Guía de interpretación de puntaje del cuestionario PHQ-9.

Puntaje	Severidad	Acción
0-4	Sin depresión/mínima	El paciente podría no requerir tratamiento para depresión
5-9	Leve	Utiliza el juicio clínico para el tratamiento, basado en la duración de la sintomatología y el deterioro funcional
10-14	Moderada	Utiliza el juicio clínico para el tratamiento, basado en la duración de la sintomatología y el deterioro funcional
15-19	Moderadamente severa	Iniciar tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o terapia combinada.
20-27	Severa	Iniciar tratamiento con antidepresivos con o sin psicoterapia.

### 1.3.3.3 ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.

La escala de depresión de Hamilton (HAM-D) es la escala administrada por el clínico más utilizada para la evaluación de la severidad de la depresión una vez que ésta ya ha sido diagnosticada. (35) Se han hecho múltiples versiones a lo

largo del tiempo donde se han agregado ítems específicos. Por ejemplo, la sensación de minusvalía que fue la primera versión modificada. (36) Existe la HAM-D24 que se compone de 24 ítems donde además de la minusvalía se agregan desesperanza e impotencia. (37) La HAM-D27 incluye sintomatología atípica de la depresión. (38) Además existen versiones cortas que ya han sido validadas como la HAM-D6 que evalúa los síntomas centrales de la depresión. (39) De la misma forma existen versiones estructuradas que vienen acompañadas de preguntas específicas que deberá realizar el clínico durante la entrevista y no estructuradas. (35)

La versión original contiene 17 ítems, que evalúan la sintomatología depresiva en la última semana. La escala originalmente fue diseñada para pacientes intrahospitalarios por lo que enfatiza en síntomas físicos y melancólicos. Posteriormente la versión HDRS 21 incluye 4 ítems que ayudan a identificar el subtipo del cuadro depresivo. (40)

Tabla 7. Escala de depresión de Hamilton.

1. Estado de ánimo deprimido	0. Ausente. 1. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. 2. Estas sensaciones las relata espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente (Expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4. Manifiesta estas sensaciones en la comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
2. Sentimientos de culpa	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. 3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza.
3. Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio
4. Insomnio inicial	0. No tiene dificultad. 1. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo más de media hora para conciliar el sueño.. 2. Dificultad para dormir cada noche.
5. Insomnio intermedio	0. No hay dificultad 1. Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. 2. Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar)
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No se puede volver a dormir, se para de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad. 2. Pérdida de interés en su actividad (disminuye la atención, indecisión.) 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad.



	4. Dejó su trabajo por la enfermedad actual. Solo se compromete en pequeñas tareas, o no puede realizar las tareas sin ayuda.
8. Entendimiento	0. Palabra y pensamientos normales. 1. Ligero retraso en el habla. 2. Evidente retraso en el habla. 3. Dificultad para expresarse. 4. Incapacidad para expresarse.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. Juega con sus dedos. 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. No puede mantenerse quieto ni permanecer sentado. 4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por cosas pequeñas. 3. Actitud aprensiva en la expresión o habla. 4. Expresa sus temores sin que le pregunten.
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada. 3. Severa 4. Incapacitante
12. Síntomas somáticos. Gastrointestinales.	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita medicación para síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales.	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgia. Cefaleas, dolores musculares. 2. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales. (disminución de la libido, trastornos menstruales)	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave
15. Hipocondriasis	0. Ausente 1. Preocupado de si mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda.
16. Pérdida de peso	0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana. 1. Pérdida de más de 500 gr. en una semana 2. Pérdida de más de 1 kg. en una semana.
17. Conciencia de enfermedad.	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a mala alimentación, clima, carga laboral, etc. 2. No se da cuenta de que está enfermo.

### 1.3.4 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Para el trastorno depresivo mayor existen dos opciones de tratamiento principales, que son la psicoterapia y la farmacoterapia. Múltiples estudios sugieren que en el caso de una depresión moderada-severa se debería iniciar un esquema farmacológico o combinar el tratamiento farmacológico con psicoterapia. (30) Mientras que los casos leves se pudieran considerar como manejo inicial únicamente un proceso de psicoterapia.

#### **1.3.4.1 MANEJO PSICOTERAPÉUTICO**

Existen distintos tipos de psicoterapia efectivos para el manejo del trastorno depresivo mayor, entre ellas se encuentran: la terapia cognitivo conductual, terapia de activación terapéutica, terapia psicodinámica, terapia enfocada en soluciones, terapia interpersonal, mindfulness, entre muchas otras. A pesar de los numerosos tipos de psicoterapias, se han realizado metaanálisis y estudios controlados que no han encontrado una diferencia significativa entre el resultado entre cada tipo de terapia. (41) Se han hecho estudios para comparar el efecto de un proceso de psicoterapia en comparación al tratamiento farmacológico, uno de los hallazgos describe que el efecto de la terapia cognitivo conductual puede persistir un año posterior al tratamiento, similar al uso de antidepresivos, sin embargo, con un menor riesgo de recaída en comparación de aquellos pacientes en quienes se suspende el tratamiento farmacológico. (42)

A continuación, presentamos una breve descripción de los distintos tipos de psicoterapia con evidencia para el manejo terapéutico de la depresión.

- Terapia Cognitivo Conductual.

Es una de las psicoterapias con más investigación para el tratamiento de la depresión, desarrollada por Aaron T. Beck (43) Utiliza estrategias de activación conductual, así como intervenciones de prevención de recaídas del cambio de pensamiento y reestructuración cognitiva. (44) La terapia cognitivo conductual es un tratamiento efectivo para el trastorno depresivo mayor, presentando en casos de depresión leve moderada o severa una mejor respuesta o igual que con el tratamiento farmacológico.

La terapia cognitivo conductual (TCC) parte de la premisa del modelo cognitivo-biológico-social, el cual habla de que existen múltiples factores, entre ellos biológicos, temperamentales, sociales, genéticos, del desarrollo que pueden interactuar a nivel cerebral y por ende influenciar el procesamiento de información. (45) La triada cognitiva de pensamientos negativos sobre el self, los otros y el

futuro producen un ciclo repetitivo de desesperanza y la ideación suicida como una solución viable. (46)

Las estrategias centrales de la TCC buscan explotar las fortalezas y capacidades del paciente, así como mostrar herramientas nuevas; el terapeuta tendrá un rol de maestro/coach y trabajará en conjunto con el paciente. Entre ambos fijan objetivos específicos en los que trabajarán en conjunto durante las sesiones. Dentro de las sesiones iniciales se busca brindar psicoeducación al paciente, planear el tratamiento en conjunto lo que incluye realizar una agenda por sesión que indique los problemas específicos a discutir y trabajar directamente en ellos. Posteriormente se enseña al paciente a identificar pensamientos automáticos, para examinarlos y generar alternativas más certeras y funcionales. (44)

- Terapia de activación conductual.

Es un tipo de psicoterapia que se enfoca en la programación de actividades para motivar al paciente a alcanzar actividades que están evitando, además de analizar la función del proceso cognitivo que sirve como una forma de evitación. Se busca reenfocar al paciente hacia sus objetivos. (47) En lugar de enfocarse en una causa interna de la depresión como pensamientos, disfunción serotoninérgica o conflictos internos; se enfoca en el evento completo y todas aquellas variables que pudieran influenciar el uso de respuestas disfuncionales.

En las sesiones iniciales se brinda una explicación de los síntomas al paciente y se retroalimenta el cómo las soluciones terminan siendo el problema, lo que mantiene el malestar. (Inactividad, rumiación). Se muestra como el efecto de sus mecanismos de afrontamiento es el aislamiento y la evitación de la interacción social y las actividades normales.

- Psicoterapia psicodinámica.

El modelo psicodinámico deriva de conceptualizaciones tempranas psicoanalíticas como la psicología del yo, la teoría de relaciones de objeto, así como la teoría del apego. (48)

Los principios básicos de la terapia psicodinámica son que gran parte de la vida mental es inconsciente que junto con las experiencias tempranas y factores genéticos formarán a la persona y la vía primaria de su entendimiento es a través de la transferencia del paciente al terapeuta. Mientras que la contratransferencia del terapeuta hacia el paciente brinda información de lo que el paciente induce en las demás personas. (49).

Dentro de la psicoterapia psicodinámica se realizan intervenciones interpretativas y de apoyo. En las primeras se busca el insight del paciente respecto a conductas repetitivas que mantienen su problemática actual, esto se hace volviendo a la conciencia, deseos, impulsos o mecanismos de defensa que operan de manera inconsciente. Mientras que las interpretaciones de apoyo buscan fortalecer las habilidades del yo que no se encuentran accesibles de forma temporal. La elección de qué intervención utilizar depende de las necesidades del paciente en cuestión. (50)

- Terapia de resolución de problemas.

Es una intervención cognitivo conductual que se enfoca en practicar habilidades de resolución de problemas más adaptativas. Busca promover el bienestar ayudando a los pacientes a afrontar de una forma más efectiva las situaciones estresantes de la vida (51).

En este modelo se asume que la solución de problemas sociales juega un papel importante como mediador de la relación entre eventos estresantes de la vida y el bienestar como tal. (52) El concepto de la solución de problemas sociales consiste en: La orientación del problema y el estilo de la resolución de problemas.

Los objetivos principales de la terapia de resolución de problemas son: Promover la adopción de una orientación del problema positiva, facilitar la adquisición y aplicación de un estilo de solución de problemas racional, esto requiere de 4 herramientas (Definición y formulación del problema, generación de soluciones alternas, toma de decisiones e implementación y verificación de soluciones) (53). Múltiples estudios aleatorizados han demostrado que la terapia de resolución de problemas puede ser un tratamiento efectivo para adultos y adolescentes con diversos trastornos psicológicos o conductuales. Se ha demostrado que su aplicación puede ser igual de efectiva que otros modelos de psicoterapia y significativamente más efectiva que placebo. (54)

- Terapia interpersonal.

Fue desarrollada en los años 70 como un tratamiento ambulatorio semanal y de duración limitada para el trastorno depresivo mayor. (55)

La terapia interpersonal busca lidiar con las relaciones interpersonales actuales, en vez de las relaciones previas de esta forma brindando el enfoque al contexto social inmediato actual. Así se interviene en la formación de la sintomatología y la disfunción social que se asocia a la depresión. (56)

El formato de la terapia interpersonal está dividido en tres fases:

Fase 1. Aproximadamente 3 sesiones, donde se realiza la evaluación diagnóstica. Se revisa la sintomatología actual del paciente, así como su funcionamiento social actual y de sus relaciones cercanas, identificando como estas influyen el estado de ánimo del paciente. Esto brinda un marco de referencia para entender el contexto interpersonal y social que se asocia al inicio de la sintomatología.

Fase 2. Se desarrollan estrategias específicas para el área interpersonal problemática.

Fase 3. Se lleva a cabo durante las 12-16 semanas de tratamiento, se da apoyo al nuevo sentido de independencia y competencia del paciente al reconocer y consolidar los beneficios terapéuticos. (55)

Múltiples revisiones han demostrado evidencia del uso de la terapia interpersonal en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, siendo recomendada en las guías de práctica clínica de la Asociación Americana de Psiquiatría. (57)

- Terapia basada en mindfulness.

La terapia cognitiva basada en mindfulness fue desarrollada con el objetivo de disminuir la recurrencia del trastorno depresivo mayor. (58)

Está diseñada para manejar las vulnerabilidades para recaída de la depresión en aquellos pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente, se origina de la terapia cognitivo conductual, así como de las prácticas de mindfulness tradicionales. El mindfulness se define como un momento de conciencia en el presente no evaluativo y en este tipo de psicoterapia busca ayudar al paciente a manejar los pensamientos rumiativos para lograr desapegarse de pensamientos y sentimientos que se asocian al cuadro depresivo (59)

Esta psicoterapia alienta al paciente a ser más consciente de sus sensaciones internas como pensamientos, sensaciones corporales, y cambiar la forma en la que se identifican con estos pensamientos, por ejemplo, se invita a que perciban en su mente los pensamientos como pasajeros en la mente en vez de interpretarlos como una realidad.

#### **1.3.4.2 MANEJO FARMACOLÓGICO**

La mayoría de los antidepresivos de segunda generación forman parte del tratamiento de primera línea para el trastorno depresivo mayor de una severidad moderada a severa. En algunas ocasiones pueden utilizarse incluso en pacientes con una severidad leve según la preferencia del paciente, respuesta previa a antidepresivos, o falta de respuesta a intervenciones no farmacológicas. (60) El

proceso de elección de antidepresivo deberá involucrar la experiencia del médico y la percepción y preferencia del paciente.

Actualmente los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRN), agomelatina, bupropión y mirtazapina continúan siendo el tratamiento farmacológico de primera línea para el trastorno depresivo mayor.

En la práctica clínica el efecto del tratamiento con antidepresivos es observable aproximadamente a las 2 semanas de iniciar con el tratamiento. Aquellos pacientes que para las 3-4 semanas de tratamiento no presentan ningún efecto antidepresivo se podría considerar ajustar dosis o cambiar de fármaco. (61)

En general los ISRS son mejor tolerados en comparación a los antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO). Cada antidepresivo tiene un perfil distinto de efectos secundarios, la paroxetina se asocia a mayor aumento de peso, así como mayor incidencia de disfunción sexual. Los ISRN por su parte suelen ser menos tolerados que los ISRS pero mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos. Otros efectos adversos asociados a los ISRS incluyen dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales, disfunción sexual, hiponatremia, así como sangrado gastrointestinal. (62)

Los antidepresivos deberán tomarse por al menos 6-9 meses para manejar la causa subyacente del cuadro depresivo, en aquellos pacientes con múltiples episodios recurrentes se ha encontrado evidencia de mejoría al extender el periodo de tratamiento hasta por 2 años.

## **CAPÍTULO 1.4. COVID-19.**

El síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2 por sus siglas en inglés) fue descubierto en Wuhan, China tras una epidemia de neumonía en enero de 2020, siendo este el séptimo coronavirus humano. (63) Para mayo del 2020 este virus había infectado 4,806,299 personas, causando hasta 318,599 muertes, con una tasa de mortalidad del 2.9-9.6% por neumonía severa. (64)

### **CAPÍTULO 1.4.1 EPIDEMIOLOGÍA DE COVID-19.**

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró un estado de emergencia de salud pública. Desde entonces hasta el 30 de junio del 2021 el virus afectó a 223 países, con casi 181.3 millones de casos y 3.9 millones de muertes. (65)

En México, el primer caso detectado fue el 27 de febrero de 2020, a partir de entonces los casos fueron aumentando de forma exponencial llegando a 19224 casos confirmados y 1859 muertes para el 30 de abril de 2020. En este lapso la mayoría de los casos se reportaron en la Ciudad de México, con una media de edad al diagnóstico de 46 años y con un rango de edades al fallecimiento entre 30 y 59 años, con una prevalencia mayor en pacientes varones (58.18%) que en mujeres.

Aquellos pacientes que murieron en su mayoría presentaban distintas comorbilidades, entre ellas las principales, hipertensión arterial (45.53%), diabetes (39.39%) y obesidad (30.4%). (66)

#### **CAPÍTULO 1.4.2 AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID 19**

El contacto social positivo, es esencial para la salud psicológica y fisiológica (67). El ser humano necesita formar y mantener relaciones interpersonales positivas, significativas y duraderas lo que induce confianza y aceptación.

La interacción social se considera una necesidad humana básica, así como la comida y el sueño, la falta de conexión con las demás personas se ha visto asociada a consecuencias negativas profundas y duraderas tanto en la salud física como mental, incluso aumentando la mortalidad (68) Esta interacción es una parte fundamental de la experiencia humana, particularmente en el desarrollo.

Tras la pandemia por COVID-19 en cuestión de días se emplearon normas de forma internacional entre ellas el distanciamiento social de forma indefinida. (69) Forzando a casi la mitad del mundo a permanecer en cuarentena. Este aislamiento incrementa el riesgo de rechazo social, promoviendo el individualismo, la impersonalidad y la pérdida de la sensación de pertenencia a una comunidad.

#### **CAPÍTULO 1.5 COVID 19 Y ENFERMEDADES MENTALES.**

El COVID-19 desde su origen a finales del año 2019 implicó una amenaza a la salud mental de forma global. El efecto psicológico se atribuye al contagio masivo además del periodo de encierro o cuarentena. (70) De la misma forma se esperaba que población específica presentaran un nivel de malestar distinto entre ellos, adultos mayores, niños, personal de salud. (71)

Estudios previos sugieren que las medidas sanitarias implicadas en una pandemia para prevenir el contagio pueden afectar la salud mental de aquellos que la experimentan. (72) Es por esto por lo que el impacto en la salud mental asociada a la pandemia es un problema complejo y con muchas implicaciones.

Las medidas restrictivas como el aislamiento o el distanciamiento social tienen un impacto en el bienestar psicológico, esto además de la respuesta emocional a la pandemia por sí misma. La respuesta psicológica puede incluir conductas mal adaptativas, ansiedad, miedo, frustración, enojo. (73) Fenómenos como el trastorno por estrés de noticias o titulares pueden suceder, este se caracteriza por una respuesta emocional importante asociada a los reportes constantes por parte de la prensa o medios de comunicación, lo que puede causar incluso sintomatología física como insomnio, palpitaciones. (74)

De forma global se identificaron un amplio rango de respuestas psicológicas negativas en la fase inicial de la pandemia por COVID-19 en la población general, entre ellas ansiedad y depresión siendo las más comunes, además de insomnio, preocupación por la salud propia y de familiares, insatisfacción, fobias, conducta evitativa, síntomas físicos, así como un deterioro en el funcionamiento social. (75)

Estudios encontraron que el personal de salud fue expuesto a altos niveles de eventos traumáticos o estresantes que ocasionaron sintomatología psiquiátrica. Con una tasa de depresión del 50.4%, ansiedad 23.04%-44.6%, insomnio 34%. (76) Además se identificó que aquellas personas con mayor riesgo incluían personal de enfermería, mujeres, edad joven y personal de primera línea de contacto. (77)

En aquellas personas que fueron contagiadas de COVID-19 hasta un 96.2% reportaron sintomatología significativa de trastorno de estrés postraumático lo que lleva a una disminución en la calidad de vida. (78)

### **CAPÍTULO 1.5.1 COVID 19 Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.**

Para reducir el riesgo de contagio por COVID-19 se promovió el distanciamiento social, esta intervención además de impactar todas las actividades a nivel global provocó un efecto



negativo enorme en la salud mental de las personas (79). Esto por el miedo a contraer la enfermedad, la ausencia de tratamiento, la alta mortalidad, así como la incertidumbre de en qué momento las cosas entrarían bajo control. Incluso la magnitud de la presión mental que generó este fenómeno provocó que algunas personas no pudieran manejar la situación llegando a morir por suicidio (80).

Una revisión sistemática estudió la prevalencia de depresión durante los primeros 7 meses de la pandemia por COVID-19 se incluyeron estudios de China, India, Italia, España e Irán. Se encontró una prevalencia de depresión entre el 8.3-48.3% en China, 25% en India, 15.4-17% en Italia y 1.7% con depresión severa y 8.7% con depresión leve en España. (79)

La perturbación del sistema inmune detonada por proceso infeccioso puede inducir psicopatologías. Tras la infección por COVID-19 a través de una investigación se evaluaron los síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, insomnio y síntomas obsesivos compulsivos. (81) Una proporción significativa puntuaron en el rango de psicopatología, aproximadamente el 56% cumpliendo criterios para al menos una dimensión clínica 28% trastorno de estrés postraumático, 31% depresión, 42% ansiedad, 20% obsesivo compulsivo y 40% insomnio. Esta respuesta se encontró asociada a la respuesta inmune y la inflamación sistémica posterior al proceso infeccioso. Los virus de tipo coronavirus pueden provocar secuelas psicopatológicas a través de la infección directa del sistema nervioso central o bien de forma indirecta a través de la respuesta inmune. (82) Estudios en animales han demostrado que los coronavirus pueden provocar daño neuronal, la posterior tormenta de citocinas asociada a la respuesta inmune podría causar sintomatología psiquiátrica al precipitar la neuroinflamación. (83)

### **1.5.2. COVID 19 Y TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO.**

Para enero de 2021 se confirmaron más de 86 millones de casos de coronavirus, entre ellos 1.8 millones de muertes. Estudios indican que por cada muerte por COVID 19 aproximadamente 9 familiares se verían afectados por el duelo. (84) Posterior a la muerte de un familiar cercano se estima que hasta el 9.8% de las personas podrían desarrollar un trastorno de duelo prolongado. (85)

Las muertes asociadas a COVID 19 suelen ser inesperadas, siendo una característica asociada a una elevada prevalencia de duelo prolongado. La naturaleza traumática de las muertes asociadas a COVID 19 se manifestaba al no poder visitar a la persona que está muriendo, así como la limitación para practicar rituales de despedida. Muchas personas podrían experimentar una pandemia

como un desastre y por lo tanto un evento traumático. (86) La muerte asociada a desastres o accidentes se ha visto asociada a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de duelo prolongado.

Más de una tercera parte de los individuos en duelo por COVID 19 presentaron trastorno de duelo prolongado. (87) Los factores asociados con mayor severidad en los síntomas fueron el hecho de perder a un ser querido por COVID 19 más que sus complicaciones, haber perdido una pareja, hijo, padre, etc.

Desastres de distintas causalidades suelen provocar una mayor incidencia de síntomas de duelo prolongado, un aumento en la tasa de duelo prolongado se anticipó considerando las circunstancias de las muertes por COVID. (88) Tomando en cuenta que dichas muertes fueron en su mayoría inesperadas, la ausencia de rituales de despedida, así como la carencia de apoyo físico por parte de seres queridos.

## **1.6. RELIGIÓN Y SALUD MENTAL.**

Muchas personas se apoyan de las creencias religiosas para afrontar eventos estresantes, además de encontrar en ellas un propósito de vida y paz mental. (89) Es por esto que se ha incrementado el interés en los efectos de la religión y la espiritualidad en la salud. En el pasado se pensaba que la religión tenía un impacto negativo en la salud. Sin embargo, múltiples estudios han propuesto que la práctica religiosa se asocia a una mejor salud física y mental, siendo considerada incluso como un factor protector.

De todas formas, se han realizado pocos estudios con el enfoque de la práctica religiosa y el trastorno depresivo mayor y se han encontrado hallazgos mixtos, en menos de dos tercios de los estudios se reportó que un alto nivel de religiosidad se asociaba a un menor riesgo de depresión, un tercio de ellos no logró identificar una relación significativa entre la religión y la depresión, mientras que otro estudio encontró que la participación activa en rituales religiosos se asociaba de forma inversa a la sintomatología depresiva. (89)

En general las prácticas religiosas podrían mejorar la salud física y mental de los practicantes, además de disminuir las tasas de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio, reportando en algunos estudios aumento de la expectativa de vida en aquellos que se consideran apegados a su religión. (90)

## **CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN:**

Los familiares de pacientes fallecidos por COVID-19 además de atravesar la pérdida de un ser querido, se enfrentaron a diversas dificultades como problemas financieros y desempleo, los cuales se han visto asociados con un deterioro de la salud mental. Además de esto el aislamiento físico y el contacto limitado con otros parientes cercanos como hermanos o amigos, dificultan el proceso de duelo, ya que estas relaciones sociales son cruciales como moderadores de la reacción de un individuo al hacerle frente a la muerte. Los problemas de salud mental relacionados a la pérdida de un familiar hospitalizado, como la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor y el duelo complicado son entidades que se han visto exacerbadas durante la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, el estado de salud mental de los individuos afectados por la pérdida de un familiar durante la pandemia por COVID-19 así como las restricciones en los rituales de despedida a consecuencia de ella, se convierte en un tema importante que debe abordarse.

## **CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS:**

### **3.1 HIPÓTESIS ALTERNA:**

Los participantes que no pudieron despedirse de sus seres queridos, y que además no pudieron realizar sus prácticas religiosas y culturales de despedida, poseen una diferente incidencia de duelo complicado y depresión que los que sí pudieron despedirse.

### **3.2 HIPÓTESIS NULA:**

Los participantes que no pudieron despedirse de sus seres queridos no poseen una diferente incidencia de duelo complicado y depresión que los que sí pudieron despedirse.

## **CAPÍTULO 4: OBJETIVOS:**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Comparar el duelo y el desarrollo de síntomas depresivos entre las personas que pudieron despedirse de sus familiares previo a su fallecimiento estando estos conscientes o tuvieron la oportunidad de realizar rituales de despedida posterior a

su deceso, a comparación de aquellos que se despidieron de sus familiares estando inconscientes o que no se les presentó la oportunidad de realizar los rituales de despedida correspondientes a sus creencias y costumbres.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Definir el porcentaje de los participantes que han presentado un duelo complicado después de haber perdido a un familiar durante el periodo marcado.

Obtener la proporción de los participantes del estudio que no pudieron despedirse de sus seres queridos por cualquier motivo.

Obtener la proporción de los participantes del estudio que no pudieron despedirse de sus seres queridos por las restricciones sanitarias relacionadas a la pandemia.

Contrastar las respuestas de la encuesta entre los pacientes que pudieron despedirse de sus seres queridos con los que no.

Identificar si el tipo de relación con el ser querido (padre, madre, hermano, cónyuge, concubino/a) impacta en el tipo de duelo o síntomas depresivos

Identificar si el nivel de apego a la religión impacta de alguna forma el tipo de duelo o síntomas depresivos del familiar del paciente fallecido.

Definir el porcentaje de los participantes que han iniciado o aumentado el consumo de alcohol, tabaco, benzodiacepinas, sustancias ilícitas, tramadol, pregabalina o gabapentina después de haber perdido a un familiar.

Medir la gravedad de los síntomas de depresión que se han presentado en los participantes

Considerar la experiencia de cada participante dándoles un espacio para que la describan.

#### **CAPÍTULO 5. MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio de tipo transversal, analítico y observacional. En el cual a través de una encuesta electrónica se reclutaron participantes que hayan sufrido la muerte de un familiar cercano. (Padre, madre, hermanos, hijos, pareja, etc.) por cualquier enfermedad desde noviembre 2020 hasta febrero 2023.

A través de un muestreo no probabilístico se aplicó dicha encuesta utilizando la herramienta Google Forma y fue distribuida a través de redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram y WhatsApp; así como volantes con código QR escaneable a través de dispositivos electrónicos, donde se invita a la población general a contestar la encuesta electrónica de forma voluntaria.

Dicha encuesta fue distribuida durante el periodo de febrero 2022 y febrero 2023, con una duración de 10-15 minutos para contestar. Al inicio de la encuesta se proporcionó información al usuario sobre los objetivos de nuestro estudio, el carácter anónimo de los participantes y la participación voluntaria.

Al iniciar la encuesta se pregunta si el participante ha perdido un ser querido por cualquier causa desde noviembre de 2020, hasta febrero 2023 que se culminó con el estudio. En el caso de los participantes que respondieron que no, en esa pregunta culmina el cuestionario puesto que sólo se incluyeron aquellos participantes que sí habían presentado una pérdida.

Posteriormente la segunda pregunta presenta como objetivo identificar si el participante tuvo la oportunidad de despedirse de su ser querido por última vez, de forma personal o a través de algún ritual de despedida como funeral u otra ceremonia. En caso de que la respuesta fuera negativa, se preguntó si la razón de esto fue la restricción sanitaria pos-COVID-19.

Dentro de la encuesta se aplicó el Prolonged Grief Disorder-13 el cual busca establecer el diagnóstico de duelo complicado por medio de 13 ítems. Dicho cuestionario evalúa los cinco criterios que determinan la presencia de duelo complicado:

- Pérdida de un ser querido.
- Síntomas de ansiedad intensa por separación (2 ítems)
- Duración mayor a 6 meses (1 ítem)
- Sintomatología cognitiva, emocional o conductual (9 ítems)
- Deterioro funcional (1 ítem)

La presencia de los 5 criterios determina el diagnóstico de duelo complicado. Para el dominio de síntomas de ansiedad las dos preguntas deben de ser respondidas con una puntuación de 4 o 5 para que sea positiva. Para los síntomas cognitivos se consideró positiva cuando 5 de los 9 elementos estén con una puntuación de 4 o 5. Las preguntas de la duración de los síntomas y del deterioro funcional poseen respuestas de sí/no.

Para el caso de la sintomatología depresiva, se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Cuyo objetivo es medir la gravedad de los síntomas de depresión. Esta escala consta de 21 ítems y se puntúa entre 0 y 3 puntos. La puntuación más baja es de 0 y la más alta de 63. 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa.

Dentro de la encuesta también se obtuvieron los siguientes datos:

- Edad.
- Sexo.
- Diagnósticos médicos.
- Diagnósticos psiquiátricos.
- Consumo de sustancias psicoactivas antes y después del fallecimiento del familiar, así como benzodiacepinas.
- Religión.
- Estrato socioeconómico.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- En qué fecha estuvo por última vez con el ser querido.
- Fecha en que falleció el ser querido.
- Si falleció en casa o en el hospital.
- En caso de haber fallecido en hospital, si falleció en urgencias o en cuidados intensivos.
- En caso de haber fallecido por COVID-19, si hubo más de un familiar con contagio por COVID.19.
- Número de seres queridos que fallecieron por COVID-19
- Experiencia personal en torno al duelo. (Se dispuso de una pregunta abierta, de forma opcional)

Figura 2. Cálculo de muestra

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

valor P1	0.03
valor Q1	0.97
valor P2	0.13
valor Q2	0.87
valor K	7.9

Se utilizó fórmula para el cálculo de una muestra para comparar dos proporciones, con una confianza del 95% y una potencia del 80%, al estimar una prevalencia de 2-3% de duelo complicado en la población general y hasta un 52% en casos especiales, se consideró un porcentaje clínicamente relevante una diferencia mínima de 10% entre la proporción de duelo complicado y depresión entre aquellos participantes que pudieron despedirse vs. aquellos que no pudieron despedirse de sus familiares. Por lo cual, se requirió una muestra mínima de 113 participantes por grupo.

### **Criterios de inclusión**

Personas que respondan que han sufrido la muerte de un familiar desde noviembre de 2020.

Personas que deseen participar en el estudio.

Personas mayores a 18 años

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con diagnósticos psiquiátricos previos a la muerte del ser querido

Pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo

### **Criterios de eliminación**

Personas que hayan respondido la encuesta de manera parcial o incorrecta

Personas menores a 18 años

## **CAPÍTULO 6. RESULTADOS.**

Se inscribieron un total de 261 participantes que cumplieron con el criterio de haber experimentado la pérdida de un ser querido. De estos, el 32.4% reportó la pérdida de un familiar cercano, como padres, hijos, hermanos o pareja. En cuanto

a la composición demográfica, el 78.9% eran mujeres, el 85.4% se identificaba como heterosexual, el 34.9% estaba casado, y el 81.6% se consideraba religioso. La mediana de edad fue de 28 años (rango 23-41).

	Pudo despedirse de su familiar (n=129)	No pudo despedirse de su familia (n=132)	Global (n=261)	Valor de P
Gravedad de Depresión				0.108
Depresión mínima	73 (56.6)	67 (50.8)	140 (53.6)	
Depresión leve	21 (16.3)	28 (21.2)	49 (18.8)	
Depresión moderada	25 (19.4)	17 (12.9)	42 (16.1)	
Depresión severa	10 (7.8)	20 (15.2)	30 (16.1)	
Score de la Escala de Depresión	11.0 (3.5-20.5)	13.0 (2.2-21.0)	12.0 (3.0-21.0)	0.411
Diagnóstico de Duelo Complicado	3 (2.3)	5 (3.8)	8 (3.0)	0.744
Número de criterios cumplidos	1.0 (0.0-1.0)	0.0 (0.0-1.0)	0 (0.0-1.0)	0.474

Tabla 8. Correlación despedida previo al fallecimiento y grado de depresión.

Del total de la muestra, 129 participantes pudieron despedirse de su ser querido, mientras que 132 no lo lograron, lo que representa el 49.4% y el 50.6%, respectivamente. Cabe destacar que, dentro del grupo que no pudo despedirse, el 77.3% lo atribuyó a las medidas preventivas impuestas por la pandemia de COVID-19.

Los niveles de depresión se evaluaron utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La clasificación incluyó depresión mínima (0-13 puntos), leve (14-19 puntos), moderada (20-28 puntos) y severa (29 puntos o más). No se observaron diferencias significativas en los niveles de depresión entre quienes pudieron despedirse y quienes no. Sin embargo, el 15.2% de los que no se despidieron experimentaron depresión severa, en comparación con el 7.8% de los que sí lo hicieron ( $p=0.108$ ).

El puntaje total del Inventario de Depresión de Beck mostró una mediana de 11.0 (rango intercuartílico: 3.5-20.5) para aquellos que se despidieron y de 13.0 (2.2-



21.0) para los que no lo hicieron. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos ( $p=0.411$ ).

Se investigó la incidencia de trastorno de duelo prolongado entre los participantes. El 3.8% de quienes no se despidieron recibieron un diagnóstico de trastorno de duelo prolongado, en comparación con el 2.3% de los que se despidieron. No hubo diferencias significativas ( $p=0.744$ ). El número mediano de criterios cumplidos para el duelo complicado fue de 1.0 (0.0-1.0) para quienes se despidieron y 0.0 (0.0-1.0) para quienes no lo hicieron, sin diferencias significativas ( $p=0.474$ ).

### Factores de Riesgo y Protectores para Depresión Moderada a Severa

Se identificaron diversos factores de riesgo y protectores relacionados con la clasificación de depresión moderada a severa tras la pérdida de un ser querido. Los resultados significativos fueron los siguientes:

#### Factores de Riesgo:

1. **Edad Menor a 30 Años:** Ser menor de 30 años estuvo asociado con un mayor riesgo de depresión moderada a severa (OR=2.02, IC 95%: 1.13-3.59,  $p=0.023$ ). La mediana de edad para quienes tenían depresión mínima o leve fue de 30.0 años (24.0-44.5), mientras que para quienes sufrían depresión moderada o severa fue de 26.0 años (21.0-34.5,  $p=0.001$ ).
2. **Antecedentes de Diagnóstico Psiquiátrico:** El 17% de los casos de depresión mínima y leve presentaban antecedentes psiquiátricos, en comparación con el 41.7% de los casos de depresión moderada y severa (OR=3.37, IC 95%: 1.85-6.17,  $p=0.001$ ).
3. **Iniciación o Aumento en el Consumo de Sustancias:** El 31.9% de los casos de depresión moderada y severa reportaron haber iniciado o incrementado el consumo de alcohol tras la pérdida, en comparación con sólo el 6.3% en el grupo con depresión mínima o leve (OR=6.9, IC 95%: 3.21-14.89,  $p=0.001$ ). Se observaron tendencias similares para el consumo de tabaco (OR=2.89, IC 95%: 1.30-6.79,  $p=0.014$ ).
4. **Uso de analgésicos:** Quienes usaron analgésicos antes de la muerte del familiar tuvieron un riesgo significativamente mayor de depresión moderada a severa (OR=2.88, IC 95%: 1.14-7.26). El 13.9% de los casos moderados y severos reportaron uso de analgésicos, en comparación con el 5.3% en el grupo de depresión mínima o leve.

## Factores Protectores:

- Religiosidad:** Identificarse como una persona religiosa fue un factor protector significativo contra la depresión moderada a severa (OR=0.42, IC 95%: 0.23-0.78, p=0.008). Esta característica estuvo presente en el 45.5% de los participantes con depresión mínima o leve, en comparación con el 26.4% en el grupo con depresión moderada o severa.

	% de la población total	Depresión mínima-leve (n=170)	Depresión moderada-severa (n= 68)	Valor de P	Odds ratio (intervalo de confianza)	% Prevalencia de depresión moderada-severa en pacientes que se pudieron despedir	% Prevalencia de depresión moderada-severa en pacientes que no se pudieron despedir	Valor de p
Perdió un Familiar cercano	77 (32.4)	51 (30.0)	26 (38.2)	0.283	1.44 (0.80-2.60)	15 (34.9)	11 (32.4)	1.000
No se pudo despedirse	129 (49.4)	95 (50.3)	37 (51.4)	0.981	1.04 (0.60-1.80)	-	-	-
No se pudo despedir a causa del COVID-19/restricciones sanitarias	102 (77.3)	74 (77.9)	28 (75.7)	0.966	0.88 (0.36-2.15)	-	28 (27.5)	-
Perdió a varios familiares	89 (38.9)	58 (36.0)	31 (45.6)	0.227	1.48 (0.83-2.64)	13 (34.2)	18 (55.3)	1.000
Género femenino	206 (78.9)	144 (76.2)	62 (86.1)	0.113	1.93 (0.91-4.09)	29 (28.7)	33 (31.4)	0.785
Heterosexual	223 (85.4)	169 (89.4)	54 (75.0)	0.006	0.35 (0.17-0.71)	25 (21.9)	29 (26.6)	0.510
Edad	28 (23-41)	30.0 (24.0-44.5)	26.0 (21.0-34.5)	0.001	-	-	-	-
Menor de 30 años	150 (57.5)	100 (52.9)	50 (69.4)	0.023	2.02 (1.13-3.59)	25 (31.3)	25 (35.7)	0.685
Casado o en unión libre	91 (34.9)	72 (38.1)	19 (26.4)	0.103	0.58 (0.31-1.06)	7 (17.9)	12 (23.1)	0.738
Religioso	48 (18.4)	156 (82.5)	57 (79.2)	0.653	0.80 (0.40-1.58)	7 (29.2)	8 (33.3)	1.000
Apegado a su religión	156 (59.8)	86 (45.5)	19 (26.4)	0.008	0.42 (0.23-0.78)	11 (20.4)	8 (15.7)	0.712
Tenía rituales de despedida	223 (85.4)	160 (84.7)	63 (87.5)	0.700	1.26 (0.56-2.83)	32 (29.6)	31 (27.0)	0.769
Buena escolaridad	227 (87.0)	167 (88.4)	60 (83.3)	0.383	0.65 (0.30-1.41)	29 (25.0)	31 (27.9)	0.727
Buena situación económica	207 (81.5)	150 (82.4)	57 (79.2)	0.673	0.81 (0.40-1.60)	26 (26.3)	31 (28.7)	0.813
Dx con Hipotiroidismo	21 (8.0)	18 (9.5)	3 (4.2)	0.206	0.41 (0.11-1.44)	1 (11.1)	2 (16.7)	1.000
Antecedente de Dx Psiquiátrico	63 (24.1)	33 (17.5)	30 (41.7)	0.0001	3.37 (1.85-6.17)	15 (50.0)	15 (45.5)	0.718
Antes consumía Droga	18 (6.9)	12 (6.3)	6 (8.3)	0.770	1.34 (0.48-3.71)	4 (36.4)	2 (28.6)	1.000
Después empezó o incrementó	16 (6.1)	7 (3.7)	9 (12.5)	0.018	3.71 (1.32-10.3)	5 (62.5)	4 (50.0)	1.000
Antes consumía Alcohol	129 (49.4)	89 (47.1)	40 (55.6)	0.221	1.40 (0.81-2.42)	20 (29.0)	20 (33.3)	0.733
Después empezó o incrementó	35 (13.4)	12 (6.3)	23 (31.9)	0.0001	6.9 (3.21-14.89)	12 (63.2)	11 (68.8)	1.000
Antes consumía Tabaco	46 (17.6)	31 (16.4)	15 (20.8)	0.511	1.34 (0.67-2.66)	10 (37.0)	5 (26.3)	0.657
Después empezó o incrementó	26 (10.0)	13 (6.9)	13 (18.1)	0.014	2.98 (1.30-6.79)	7 (46.7)	6 (54.5)	1.000
Antes consumía Analgésicos	20 (7.7)	10 (5.3)	10 (13.9)	0.038	2.88 (1.14-7.26)	4 (36.4)	6 (66.7)	0.370
Después empezó o incrementó	17 (6.5)	9 (4.8)	8 (11.1)	0.115	2.50 (0.92-6.75)	5 (55.6)	3 (37.5)	0.637
Antes consumía Calmantes	22 (8.4)	17 (9.0)	5 (6.9)	0.777	0.75 (0.26-2.12)	2 (16.7)	3 (30.0)	0.624
Después empezó o incrementó	33 (12.6)	19 (10.1)	14 (19.4)	0.067	2.16 (1.01-4.58)	8 (42.1)	6 (42.9)	1.000
Falleció su familiar de COVID-19	122 (46.7)	89 (47.1)	33 (45.8)	0.966	0.95 (0.55-1.63)	9 (25.0)	24 (27.9)	0.915
Habló con su familiar poco antes de fallecer	138 (52.9)	94 (49.7)	44 (61.1)	0.132	1.58 (0.91-2.76)	27 (30.0)	17 (35.4)	0.647
Falleció en Cuidados Intensivos	79 (30.3)	58 (30.7)	21 (29.2)	0.930	0.93 (0.51-1.68)	8 (29.6)	13 (25.0)	0.862
Falleció en pico máximo de la Pandemia (Enero 2020-Junio 2021)	165 (64.0)	123 (66.1)	42 (58.3)	0.242	0.71 (0.41-1.25)	21 (29.2)	21 (22.6)	0.434

Tabla 9. Análisis estadístico.

## Impacto de la Despedida en la Depresión y Subgrupos.

Contrario a nuestra hipótesis inicial, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión moderada a severa entre quienes pudieron despedirse de un ser querido cercano (padres, hijos, hermanos o pareja) y quienes no. Entre quienes se despidieron, el 34.9% mostró depresión moderada o severa, mientras que el 32.4% de los que no se despidieron experimentaron depresión moderada o severa (p=1.000).

Además, al explorar subgrupos específicos, no se identificaron categorías en las que la posibilidad de despedirse tuviera un impacto significativo en los niveles o gravedad de la depresión. Estos resultados destacan la

complejidad de los factores que influyen en la salud mental tras la pérdida de un ser querido y subrayan la importancia de considerar diversos elementos contextuales y demográficos en investigaciones futuras sobre este delicado tema.

## **CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN.**

Nuestro estudio tuvo como objetivo investigar si existe alguna diferencia en el proceso de duelo entre las personas que no tuvieron la oportunidad de despedirse o realizar rituales de despedida antes de la muerte de sus seres queridos, en comparación con aquellas que sí lo hicieron. También buscamos identificar algún riesgo distinto de desarrollar trastorno depresivo mayor y los factores de riesgo o protectores asociados.

Los resultados nos llevaron a concluir que no hay una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor, lo que contradice nuestra hipótesis inicial. Del mismo modo, no pudimos demostrar un mayor riesgo de experimentar duelo complicado entre los familiares que no tuvieron la oportunidad de despedirse o realizar rituales de despedida, lo cual difiere del resultado esperado.

Esto sugiere que despedirse o no despedirse antes de la muerte de un ser querido, así como la posibilidad de practicar rituales de despedida, no representan un mayor riesgo para desarrollar trastorno depresivo mayor y/o duelo complicado.

Por otro lado, identificamos factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de desarrollar trastorno depresivo mayor si están presentes. Estos factores incluyen ser menor de 30 años, tener un diagnóstico psiquiátrico previo, iniciar o aumentar el consumo de sustancias después de la muerte de un ser querido y el uso crónico de analgésicos antes de la muerte. Considerarse religioso surgió como un factor protector, mientras que la identificación religiosa no mostró una diferencia significativa.

## **CAPÍTULO 8. CONCLUSIÓN.**

Este estudio ofrece una visión del proceso de duelo y las tendencias depresivas en la población mexicana, destacando el papel significativo del consumo de sustancias como un factor de riesgo para episodios afectivos, junto con el factor protector de la religiosidad.

Nuestros resultados se alinean con los hallazgos de Braam et al. (91), quienes indican que la religiosidad predice una disminución de la depresión con el tiempo, especialmente en individuos con síntomas psiquiátricos. Además, corroboran el trabajo de Awaworyi et al. (92), que vincula el consumo de alcohol como promotor de la depresión.

Esta información tiene relevancia clínica, ya que permite anticipar episodios depresivos futuros en pacientes que han experimentado la muerte de un ser querido. En particular, aquellos que enfrentan la pérdida a través del consumo de sustancias o que no se consideran apegados a una religión, perdiendo así el factor protector adicional de la religiosidad.

**CAPÍTULO 9. ANEXOS.  
CUESTIONARIO**

# Duelo complicado



## Consentimiento informado

Bienvenido(a)!

El Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL invita a la población en general a participar en el siguiente protocolo de investigación titulado: "DUELO Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE FALLECIDOS DURANTE AISLAMIENTO SOCIAL." cuyo investigador principal es el Dr. Carlos Augusto López Acevo.

El objetivo del presente estudio es conocer características en el duelo y síntomas de depresión en las personas que pudieron conservar sus prácticas religiosas y culturales (que tuvieron la oportunidad de despedirse) con respecto al fallecimiento de sus seres queridos con aquellas que no lo pudieron hacer. Esto debido a que por causa de la pandemia de COVID-19 muchas personas no pudieron pasar los últimos momentos con su familiar o no pudieron tener un funeral.

Con su participación ayudará a entender los efectos del proceso emocional que los individuos podrían presentar en una situación similar.

- Por favor, conteste de forma honesta todos los apartados.
- Le llevará aproximadamente de 10 a 15 minutos completarla.
- Su participación es voluntaria y anónima. En la cual se recabarán datos sociodemográficos, antecedentes médicos de importancia y preguntas enfocadas a evaluar características del duelo y síntomas depresivos. Los investigadores responsables y el Comité de Ética son los únicos que tendrán acceso al manejo de datos y protocolo.
- La encuesta no le generará ningún costo económico.
- En cuanto al riesgo de la encuesta, pueden presentarse preguntas que pudieran llegar a causarle incomodidad, por lo tanto, se le recuerda que es libre de detener su participación en cuanto lo desee.

Aunque la encuesta es anónima, al finalizarla se le solicitará de forma opcional (solo si usted quiere proporcionarlo) un correo electrónico, con la finalidad de otorgarle información adicional sobre factores identificados que requieran atención médica, en caso de que el equipo de investigación al evaluar sus respuestas lo considere necesario.

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al Lic. Antonio Zapata de la Riva en caso de tener dudas en relación a sus derechos como participante.

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México. CP. 64460

Teléfonos: 81-83294050 ext. 2870 a 2874

Correo electrónico: [investigacionclinica@meduanl.com](mailto:investigacionclinica@meduanl.com)

¡Muchas gracias, agradecemos de antemano su colaboración!

Sección 2 de 11

### Conteste la siguiente pregunta



Descripción (opcional)

¿Perdió usted a un ser querido cercano (padre, madre, abuelos, hermanos, hijos, cónyuge, concubino/a) de Noviembre 2020 en adelante? La causa del fallecimiento \*

- Sí
- No

Sección 3 de 11

### Conteste la siguiente pregunta



Descripción (opcional)

Si respondió que sí a la pregunta anterior, mencione la relación que tenía con su \*

- Madre
- Padre
- Hermano/a
- Hijos
- Cónyuge
- Concubino/a)
- No aplica

Después de la sección 3 Ir a la siguiente sección

Sección 4 de 11

### Conteste las siguientes preguntas



Descripción (opcional)

¿Tuvo usted la oportunidad de despedirse de su ser querido por última vez? Ya sea en el hospital, en casa o en su funeral. \*

- Sí
- No

Después de la sección 4 Ir a la siguiente sección

Sección 5 de 11

### Conteste la siguiente pregunta



Descripción (opcional)

¿La razón por la que no pudo despedirse de su ser querido estuvo relacionada con las restricciones sanitarias por COVID-19? \*

- Sí
- No

¿Fueron más de 1 ser querido los que perdió en este? \*

- Sí, fueron más de 1
- No, solo fue 1

Después de la sección 5 Ir a la siguiente sección



Sección 6 de 11

### Conteste las siguientes preguntas



Descripción (opcional)

¿Con cuál género se identifica? \*

- Mujer
- Hombre
- Prefiero no decirlo
- Otra...

Mencione cual es su preferencia

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Otra...

¿Cuál es su edad en? \*

Texto de respuesta corta

¿Cuál es su estado? \*

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Unión libre



¿Cuál es su religión?

☑️ Varias opciones

- Cristianismo católico
- Cristianismo no católico
- Judaísmo
- Islamismo
- Budismo
- Ateísmo/Agnosticismo
- Otra...
- Añadir opción

Obligatorio

¿Se considera usted una persona apegada a su

- Sí
- No

Como parte de su religión, solía practicar usted cultos/rituales de despedida ante el fallecimiento de un ser querido? (Ej. Velorio, funeral, alabanzas, etc)

- Sí
- No

¿Cuál es su último nivel de escolaridad

- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Actualmente cursando la preparatoria
- Universidad
- Actualmente cursando la universidad
- Posgrado
- Actualmente cursando el posgrado

¿Cómo describiría su situación económica

- Clase baja
- Clase media baja
- Clase media
- Clase media alta
- Clase alta
- Prefiero no responder

## Conteste las siguientes preguntas



Descripción (opcional)

¿Tiene usted el diagnóstico de Hipotiroidismo? \*

- Sí
- No

Antes del fallecimiento de su ser querido, ¿tenía usted alguno de los siguientes diagnósticos psiquiátricos? \*

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno Bipolar
- No tengo diagnóstico psiquiátrico
- Otra...

Antes del fallecimiento de su ser querido, ¿consumía usted regularmente alguna droga o sustancia ilícita? (marihuana, cocaína, LSD, etc.) \*

- Sí
- No

Después del fallecimiento de su ser querido, ¿Comenzó a consumir o incrementó la frecuencia y/o cantidad del consumo de alguna droga o sustancia ilícita(marihuana, cocaína, LSD, etc.)? \*

- Sí
- No

Mencione el nombre de la droga de consumo:

Texto de respuesta corta

.....

Antes del fallecimiento de su ser querido, ¿consumía usted alcohol? \*

- Sí
- No

Después del fallecimiento de su ser querido, ¿Inició a consumir o aumentó la frecuencia y/o cantidad del consumo de alcohol? \*

- Sí, comencé a consumir
- No

Antes del fallecimiento de su ser querido, ¿usted fumaba tabaco? \*

- Sí
- No

Después del fallecimiento de su ser querido, ¿Comenzó a consumir o incrementó la frecuencia y/o cantidad del consumo de tabaco? \*

- Sí
- No

Antes del fallecimiento de su ser querido, ¿consumía usted regularmente medicamentos analgésicos (tramadol, pregabalina o gabapentina)? \*

- Sí
- No

111

Después del fallecimiento de su ser querido, ¿Comenzó a consumir o incrementó la frecuencia y/o cantidad del consumo medicamentos analgésicos (tramadol, pregabalina o gabapentina)? \*

- Sí
- No

Si lo utiliza, mencione el nombre del medicamento:

- Tramadol
- Pregabalina
- Gabapentina
- Otra...

Antes del fallecimiento de su ser querido, ¿consumía usted regularmente medicamentos calmantes (clonazepam, lorazepam, alprazolam, etc)? \*

- Sí
- No

Después del fallecimiento de su ser querido, ¿comenzó a consumir o incrementó la frecuencia y/o cantidad del consumo de medicamentos calmantes (clonazepam, lorazepam, alprazolam, etc)? \*

- Sí
- No

Mencione el nombre del medicamento:

Texto de respuesta corta

## Sección 8 de 11

### Conteste las siguientes preguntas

En caso de tener más de 1 ser querido que haya fallecido, piense en la pérdida que sucedió primero

¿Falleció su familiar de \*

- Sí
- No

¿Cuándo estuvo o habló por última vez con su ser \*

- Estuve con él/ella cuando falleció
- Unos días antes del fallecimiento
- Unas semanas antes del fallecimiento
- Unos meses antes del fallecimiento
- Unos años antes del fallecimiento

¿Cuál fue el lugar donde falleció el ser \*

- Hogar
- Clínica
- Hospital pero no en área de cuidados intensivos
- Hospital en el área de cuidados intensivos

¿En qué fecha falleció su

	2020	2021
Enero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Febrero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abril	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Junio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Septiembre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Octubre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noviembre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diciembre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Podría contarnos un poco de su experiencia acerca del fallecimiento de su familiar, si pudo estar con él/ella, y si tuvo la oportunidad de tener un funeral para despedirlo?. La

Texto de respuesta larga

## Conteste las siguientes preguntas



Instrucciones: en las siguientes preguntas, marque, por favor, la respuesta que mejor describa su situación

En el último mes, ¿cuántas veces ha deseado de forma intensa que su ser querido estuviera con usted o ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza? \*

- Nunca
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al día
- Varias veces al día

En el último mes, ¿cuántas veces ha tenido momentos de intenso sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionados con la muerte de su ser querido? \*

- Nunca
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al día
- Varias veces al día

Pasados seis meses de la pérdida de su ser querido, ¿continúa experimentando alguno de los síntomas de las preguntas 1 y 2, al menos una vez al día? \*

- Sí
- No
- Aún no pasan 6 meses de su fallecimiento

En el último mes, ¿cuántas veces ha tratado de evitar aquello (cosas, lugares, situaciones, personas) que le recuerda que su ser querido ha fallecido? \*

- Nunca
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al día
- Varias veces al día

En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido confuso/a, aturdido/a o paralizado/a por su pérdida? \*

- Nunca
- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez a la semana
- Al menos una vez al día
- Varias veces al día

¿Se siente confundido acerca de su papel en la vida o como si no supiera quién es en realidad (por ejemplo, sentir como si se hubiera muerto una parte de usted mismo)? \*

- No, en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo

¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser \*

- No, en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo

¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser \*

- No, en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo



¿Siente amargura por su \*

- No, en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo

¿Siente que seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos, interesarse por cosas nuevas, etc.) será más difícil ahora? \*

- No, en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo

¿Se siente emocionalmente bloqueado desde su \*

- No, en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo

111

¿Siente que la vida no tiene sentido?

Varias opciones

No, en absoluto

Un poco

Bastante

Mucho

Muchísimo

Añadir opción o [añadir respuesta "Otro"](#)

Obligatorio

---

¿Ha visto Ud. reducida, de manera significativa, su vida social o laboral, o ha visto reducidas otras áreas importantes de su vida (por ejemplo, sus obligaciones)

Sí

No

## Conteste las siguientes preguntas.



Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo de cómo se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.  
Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

### 1. Tristeza \*

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste todo el tiempo
- 3. Me siento tan triste o tan infeliz, que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo \*

- 0. No estoy desalentado respecto a mi futuro
- 1. Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí
- 3. Siento que no hay esperanzas para mi futuro y que solo puede empeorar.

### 3. Fracaso \*

- 0. No me siento como un fracasado
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total

**4. Pérdida de placer. \***

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por hacer las cosas que disfruto
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de culpa \***

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber ...
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3. Me siento culpable todo el tiempo

**6. Sentimientos de Castigo \***

- 0. No siento que este siendo castigado
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo \***

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mí mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusto a mí mismo

**8. Autocrítica \***

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos \***

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto \*

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación \*

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o hacie...

12 Pérdida de Interés \*

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión \*

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización \*

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía \*

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

17. Irritabilidad \*

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito \*

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1\*. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3\*. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración \*

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga \*

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía h...
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solí...

21. Pérdida de Interés en el Sexo \*

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Después de la sección 10 Ir a la siguiente sección

Sección 11 de 11

## Muchas gracias por su participación

Gracias por contestar la encuesta de "DUELO Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE FALLECIDOS DURANTE AISLAMIENTO SOCIAL."

Si desea obtener los resultados de la encuesta, así como ayuda adicional por parte del Departamento de Psiquiatría de la UANL deje aquí su correo electrónico. Es

Texto de respuesta corta



## CAPÍTULO 10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Figueroa, M. J., Cáceres, R., & UNICEF. (s. f.). Duelo: Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo.
2. Sheldon F. ABC of palliative care: Bereavement. *British Medical Journal* 1998; 316: 456-8
3. Shear, M. K., Simon, N. M., Wall, M. M., Zisook, S., Neimeyer, R. A., Duan, N., Reynolds, C. F., Lebowitz, B. D., Sung, S. C., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P. J., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N. M., Meert, K. L., Schiff, M., O'Connor, M. I., . . . Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
4. Bolden, L. A. (2007). A Review of On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. *Book Reviews*, 51(3), 235-237. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007x.2007.tb00081.x>
5. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *KAPLAN & SADOCK. SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA* (11.ª ed.). Wolters Kluwer.
6. Shear MK, et al. Bereavement and grief in adults: Clinical features. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed July 21, 2023
7. Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief. *JAMA*, 293(21), 2601. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
8. Mk, S. (2015). Complicated grief. *The New England Journal Of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1315618>
9. World Health Organization, 2018. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). Geneva: WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> (accessed 27 November 2020).
10. 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: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 20 (1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>.
11. 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>
12. Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
13. Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mróz, 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>
14. Zhou, N., Wen, J., Stelzer, E., Killikelly, C., Yu, W., Xu, X., Shi, G., Luo, H., Wang, J., & 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>

15. Comteße, H., Smid, G. E., Rummel, A., Spreeuwenberg, P., Lundorff, M., & Dückers, M. (2024). Cross-national analysis of the prevalence of prolonged grief disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 350, 359-365.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.094>
16. Lundorff, M., Bonanno, G. A., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2020). Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 168–175.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
17. Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis.
18. Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Marello, M. M., Schierff, L., & O'Connor, M. (2024). Risk factors for prolonged grief symptoms A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
19. Stroebe, M. S., & Schut, H. A. W. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224.
20. Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine* (1982), 63(9), 2440–2451.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012> (Social Science & Medicine).
21. Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus/Focus (American Psychiatric Publishing. Online)*, 19(2), 161-172.  
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
22. Bui, É., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N., Wang, Y., Gribbin, C. E., Ghesquiere, A., Horenstein, B. A. A., Duan, N., Reynolds, C. F., Zisook, S., Simon, N. M., & Shear, M. K. (2015). THE STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR COMPLICATED GRIEF: RELIABILITY, VALIDITY, AND EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS. *Depression And Anxiety*, 32(7), 485-492.  
<https://doi.org/10.1002/da.22385>
23. Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., Prigerson, H. G., & Sveen, J. (2018b). 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>
24. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
25. Bromet, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 9, 90 (2011).
26. Kessler, R. C. & Bromet, E. J. The epidemiology of depression across cultures. *Annu. Rev. Public Health* 34, 119–138 (2013).
27. Wang, P. S. et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370, 841–850 (2007).

28. Seedat, S. et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch. Gen. Psychiatry* 66, 785–795 (2009).
29. Lorant, V. et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am. J. Epidemiol.* 157, 98–112 (2003).
30. Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 2(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
31. Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression inventory. *Occupational Medicine*, 66(2), 174-175. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>
32. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd edn. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
33. Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
34. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613.
35. Carrozzino, D., Patierno, C., Fava, G. A., & Guidi, J. (2020). The Hamilton Rating Scales for Depression: A Critical Review of Clinimetric Properties of Different Versions. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 89(3), 133-150. <https://doi.org/10.1159/000506879>
36. Rosenthal SH, Klerman GL. Endogenous features of depression in women. *Can Psychiatr Assoc J.* 1966; 11: 11–6.
37. Kovacs M, Rush AJ, Beck AT, Hollon SD. Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. A one-year follow- up. *Arch Gen Psychiatry.* 1981 Jan; 38(1):33–9.
38. Gelenberg AJ, Wojcik JD, Falk WE, Baldessarini RJ, Zeisel SH, Schoenfeld D, et al. Tyrosine for depression: a double-blind trial. *J Affect Disord.* 1990 Jun; 19(2): 125–32.
39. Bech P, Wilson P, Wessel T, Lunde M, Fava M. A validation analysis of two self-reported HAM-D6 versions. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Apr; 119(4): 298–303.
40. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56–62
41. Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 76, 909–922 (2008).
42. Hollon, S. D. et al. Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 417–422 (2005).
43. Garratt G, Ingram RE. Cognitive processes in cognitive therapy: evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clin Psychol Sci Pract* 2007;14(3):224 –39
44. Sudak, D. M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Psychiatric Clinics Of North America*, 35(1), 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

45. Wright JH. Integrating cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy. In: Leahy, RL, editor. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*. New York: Guilford; 2004. p. 341–66.
46. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row; 1967
47. Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances In Psychiatric Treatment*, 14(1), 29-36. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004051>
48. Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & Von Doellinger, O. (2017). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Brazilian Journal Of Psychiatry*, 40(1), 105-109. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>
49. Gabbard GO. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2010
50. Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy – an update: Bambi’s alive and kicking. *Psychother Psychosom*. 2015;84:129-48.
51. Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
52. D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*, (2nd ed.). New York: Springer
53. D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
54. Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 46–57.
55. De Mello, M. F., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R. (2004). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 255(2), 75-82. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0542-x>
56. Weissman MM, Markowitz JC (1998) *An Overview of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, pp 1–33
57. Karasu TD, Docherty JP, Gelenberg A (1993) Practice Guidelines for major depressive disorders in adults. *Am J Psychiatry* 150:1–26
58. Meagan B MacKenzie & Nancy L Kocovski (2016) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments, *Psychology Research and Behavior Management*, , 125-132, DOI: 10.2147/PRBM.S63949
59. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion; 1994
60. Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Müller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., & Uher, R. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major

- Depressive Disorder. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 61(9), 540-560.  
<https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
61. Szegedi A et al. Early improvement in the first 2 weeks as a predictor of treatment outcome in patients with major depressive disorder: a meta-analysis including 6562 patients. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:344–353.
  62. Gartlehner G et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 149:734–750.
  63. Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270–273.
  64. Marco Ciotti , Massimo Ciccozzi , Alessandro Terrinoni , Wen-Can Jiang , Cheng-Bin Wang & Sergio Bernardini (2020): The COVID-19 pandemic, *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, DOI: 10.1080/10408363.2020.1783198
  65. Siddiquea, B. N., Shetty, A., Bhattacharya, O., Afroz, A., & Billah, B. (2021). Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(9), e051447.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051447>
  66. Suárez, V., Quezada, M. S., Ruiz, S. O., & De Jesús, E. R. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, 220(8), 463-471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
  67. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.
  68. Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent social development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4, 634–640.
  69. Sikali, K. (2020). The dangers of social distancing: How COVID-19 can reshape our social experience. *Journal Of Community Psychology*, 48(8), 2435-2438.  
<https://doi.org/10.1002/jcop.22430>
  70. Rubin JG. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368: m313.
  71. World Health Organization. *Mental Health Considerations during CoViD-19 Outbreak*. Geneva: World Health Organization, 2020
  72. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-20
  73. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (CoViD-19) epidemic among the general population in China. *Int J Env Res Public Heal* 2020; 17. pii: E1729.
  74. Dong M, Zheng J. Letter to the editor: headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of CoViD-19. *Health Expect* 2020; 23: 259-60.
  75. Talevi, D., & Socci, V. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista Di Psichiatria*, 55, 137-144.
  76. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for CoViD-19. *Chin Ind Hyg Occup Dis* 2020; 38: E001.

77. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203976.
78. Bo HX, Li W, Yang Y, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with CoViD-19 in China. *Psychol Med* 2020 Mar 27; 1-7.
79. Lakhan, R., Agrawal, A., & Sharma, M. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic. *Journal Of Neurosciences In Rural Practice, 11*, 519-525. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716442>
80. Mamun MA, Griffiths MD. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: possible suicide prevention strategies. *Asian J Psychiatr* 2020;51:10207310.1016/j.ajp.2020.102073
81. Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behavior And Immunity, 89*, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
82. Wu, Y., Xu, X., Chen, Z., et al., 2020. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav. Immun.*
83. Dantzer, R., 2018. Neuroimmune interactions: from the brain to the immune system and vice versa. *Physiol. Rev.* 98, 477–504.
84. Verdery AM, Smith-Greenaway E, Margolis R, et al. Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *PNAS.* 2020;117:17695–701.
85. Lunderoff M, Holmgren H, Zachariae R, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;212:138–49.
86. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, et al. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord.* 2020;265:146–56.
87. Tang, S., & Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Globalization And Health, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>
88. Eisma, M.C., Lenferink, L.I.M., Chow, A.Y.M., Chan, C.L.W., Li, J., 2019. Complicated grief and posttraumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol* 10, 1558707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558707>.
89. AbdAleati, N. S., Zaharim, N. M., & Mydin, Y. O. (2014a). Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. *Journal Of Religion And Health, 55*(6), 1929-1937. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9896-1>
90. Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography, 36*(2), 273–285
91. Braam, A.W., Koenig, H.G. Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 257, 228-238 (2019).

92. Churchill, S.A., Farrell, I. Alcohol and depression: Evidence from the 2014 health survey for England. *Drug Alcohol Depend.* 180, 86-92 (2017).

## **CAPÍTULO 11. RESÚMEN AUTOBIOGRÁFICO.**

Mi nombre es Nancy Valeria García Leal, soy originaria de Monterrey Nuevo León México, soy la primera de 3 hijas. Desde pequeña he presentado un gran interés por interactuar con las demás personas. Mis padres Nancy Leal y Gerardo García, siempre han sido un pilar importante y un apoyo constante en mi vida, quienes me han rodeado de amor desde que tengo uso de razón. Mis hermanas Natalia y Verania y mi cuñado Ricardo, han hecho que todo mi camino se sienta rodeado de cariño, risas y diversión.

Realicé la primaria y secundaria en el Colegio Anglo Español, donde participé en la selección de basquetbol participando en múltiples torneos locales y nacionales. Posteriormente realicé mis estudios de bachillerato en la preparatoria #15 Florida en la modalidad bilingüe donde tuve oportunidad de reforzar el idioma inglés, además de continuar con mi participación en la selección de basquetbol de la preparatoria, además de la selección del municipio de Apodaca y del equipo de Tigrillas de la UANL lo que me brindó la oportunidad de realizar mis estudios con el apoyo de becas deportivas.

Ingresé a la facultad de medicina de la UANL en julio del año 2013 donde me formé como médico cirujano y partero, fue en esta facultad donde tuve la oportunidad de crecer como profesional y de rotar en diversas áreas intrahospitalarias de especialidad y subespecialidad. A inicios del 5to año de la carrera participé como becario en el departamento de medicina forense, cambiando en la segunda mitad de quinto año a formar parte del cuerpo de becarios del departamento de oncología donde posteriormente se me asignó el cargo como jefa de becarios.

En julio del año 2019 me gradué de la facultad de medicina, para posteriormente realizar mi año de servicio social en el Centro Universitario Contra el Cáncer del Hospital Universitario, donde junto con mis compañeros nos encargamos de la clínica de prevención de cáncer, así como de impartir talleres de exploración para los estudiantes de pregrado.

En noviembre del 2020 presenté el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas donde fui seleccionada para formar parte del cuerpo de residentes del departamento de psiquiatría del Hospital Universitario, donde actualmente me encuentro por terminar la especialidad en psiquiatría general en marzo 2025.

Siempre he tenido un amplio interés por la interacción social, y nuestro funcionamiento emocional, lo que fue mi principal motivación a desarrollarme en este ámbito, reconozco además la importancia de la infancia, el neurodesarrollo y las experiencias tempranas como pilares en la formación de nuestra identidad y personalidad, con interés por el neurodesarrollo por lo que aspiro a continuar mis estudios en la sub especialidad de psiquiatría infantil, donde espero continuar desarrollándome para poder brindar la mejor atención a mis pacientes.