

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DR JOSÉ**  
**ELEUTERIO GONZÁLEZ**



**UANL**

**PREVALENCIA DE DUELO PROLONGADO EN ESTUDIANTES**  
**UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO Y**  
**SALUD MENTAL**

**Por**  
**DR. LISANDRO HIRACHETA TORRES**

**Como requisito parcial para obtener el Grado de ESPECIALISTA EN**  
**PSIQUIATRÍA**

**Diciembre, 2025**



UANL

**PREVALENCIA DE DUELO PROLONGADO EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO Y  
SALUD MENTAL**

**Por**

**DR. LISANDRO HIRACHETA TORRES**

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

**DR. MED PABLO PATRICIO ZARATE GARZA  
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. MED. ALFREDO BERNARDO CUELLAR BARBOZA  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA**

**DR. ERASMO SAUCEDO URIBE  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN**

**DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO**

**DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ  
SUBDIRECTOR DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



UANL

**PREVALENCIA DE DUELO PROLONGADO EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO Y  
SALUD MENTAL**

**Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio  
González” en el departamento de Psiquiatría y el campus universitario de la salud  
de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección del Dr. med Pablo**

**Patricio Zarate Garza**

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'P' followed by 'ZG' and a horizontal line.

---

**Dr. med Pablo Patricio Zarate Garza**

**Director de tesis**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Departamento de Psiquiatría del Hospital “Dr. José Eleuterio González”, por su apoyo en la evaluación y tratamiento de estudiantes identificados con riesgo.

A mi director de tesis, Dr. med Pablo Patricio Zárate, por su orientación experta, sus críticas constructivas y por ayuda en mejorar cada versión de este trabajo.

A los participantes del estudio, sin cuya colaboración este trabajo no habría sido posible.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y directores del campus de salud por permitir acceso a los estudiantes y participación en el estudio.

A los grupos estudiantiles por su apoyo en el contacto con sus compañeros y difusión del proyecto.

Al departamento de relaciones públicas del Hospital “Dr. José Eleuterio González” por difusión y creación de publicidad para el estudio.

A los estudiantes Carlos Emir Córdova Lucio y Raúl Castillo por su participación en actividades administrativas y de apoyo en análisis de datos

## **DEDICATORIA**

A mi madre, por su apoyo incondicional y cariño a lo largo de mi vida; y a mi padre, cuyo recuerdo me acompañó en esta etapa, quien no pudo estar presente al terminar este trabajo.

A mis hermanos Reynaldo y Alberto por ayudarme durante mi vida, apoyarme y estar ahí sin condiciones.

A mis tutores y maestros de la carrera de medicina y la especialidad de psiquiatría de quienes aprendí habilidades y valores que me han acompañado hasta la actualidad.

A mis amigos quienes han persistido a lo largo de mi vida y con quienes comparto experiencias emocionales y apoyo en ámbitos laborales.

## Índice

Índice.....	6
1. Lista de Abreviaturas.....	8
2. Lista de tablas.....	9
3. Resumen.....	10
4. Abstract.....	11
5. Introducción.....	12
6. Marco Teórico/Revisión de la literatura.....	13
6.1 Duelo.....	13
6.2 Trastorno por duelo prolongado.....	14
6.3 Efectos del duelo en aspectos académicos y salud mental.....	16
6.4 Estudiantes universitarios como población de riesgo.....	17
7. Justificación.....	20
7.1 Hipótesis.....	20
7.2 Objetivos.....	20
7.2.1 Objetivo general.....	20
7.2.2 Objetivos específicos.....	21
8. Material y Métodos.....	22
8.1 Diseño de estudio.....	22
8.2 Procedimiento.....	22
8.3 Criterios de inclusión.....	22
8.4 Criterios de exclusión.....	23
8.5 Criterios de eliminación.....	23
8.6 Tamaño de la muestra.....	23
8.7 Variables.....	23
8.8 Análisis estadístico.....	25
9. Resultados.....	27
9.1 Características de los estudiantes.....	27
9.2 Circunstancias de la muerte.....	28

9.3 Rendimiento académico.....	30
9.4 Asociación entre características estudiantiles y TDP.....	31
9.5 Asociación entre circunstancias de la muerte y TDP.....	31
9.6 Impacto en la salud mental.....	32
10. Discusión.....	33
10.1 Limitaciones.....	36
11. Conclusión.....	38
12. Aspectos bioéticos.....	39
13. Anexos.....	41
13.1 Formato de consentimiento informado.....	41
13.2 Inventario de duelo prolongado.....	52
13.3 Escala de ajuste social y laboral.....	54
13.4 Patient health questionnaire 9.....	55
14. Referencias.....	56

## 1. Lista de abreviaturas

**$\alpha$ :** alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna)

**CIE 11:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.<sup>a</sup> revisión

**DSM 5 / DSM 5 TR:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.<sup>a</sup> edición  
/ texto revisado

**IC:** intervalo de confianza

**IBM SPSS:** software estadístico IBM SPSS Statistics

**IDC:** Inventario de Duelo Complicado

**INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía

**N:** tamaño de la muestra

**OR:** odds ratio (razón de probabilidades)

**PHQ 9:** Patient Health Questionnaire 9 (Cuestionario de Salud del Paciente 9)

**RIC:** rango intercuartílico

**TDAH:** trastorno por déficit de atención e hiperactividad

**TEPT:** trastorno por estrés postraumático

**TDP:** trastorno por duelo prolongado

**U:** prueba U de Mann–Whitney (estadística)

**UANL:** Universidad Autónoma de Nuevo León

**WSAS:** Work and Social Adjustment Scale (Escala de Ajuste Social y Laboral)

**$\chi^2$ :** chi cuadrado (prueba estadística)



## **2. Lista de tablas**

<b>Número</b>	<b>Título de la tabla</b>	<b>Página</b>
1	Características demográficas y psicosociales por trastorno de duelo prolongado	27
2	Circunstancias sobre la muerte por TDP	29

### 3. Resumen

**Antecedentes:** El trastorno por duelo prolongado (TDP) puede interferir en el rendimiento académico y en la salud mental de los estudiantes universitarios por lo que es necesario favorecer su investigación.

**Métodos:** Estudio tipo transversal, realizado en 580 estudiantes del norte de México. La definición de TDP se basó en el DSM-5 TR. Se analizaron las asociaciones con variables sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, circunstancias de la pérdida, rendimiento académico (promedio), y riesgo de depresión y suicidio.

**Resultados:** La prevalencia de TDP fue del 9.3% ( $n = 54/580$ ). El TDP no se asoció con menor promedio académico, pero sí con la idea de abandonar la universidad. Asimismo, se hallaron asociaciones significativas entre el TDP y el antecedente de depresión, el antecedente de trastorno de la personalidad, la exposición a trauma, el parentesco con el fallecido, antecedente de muerte súbita y la incapacidad de despedirse. El TDP aumentó las probabilidades de padecer depresión ( $OR = 5.30$ ) y de riesgo suicida ( $OR = 9.79$ ). La asociación con riesgo suicida permaneció tras ajustar por depresión ( $OR$  ajustada = 6.51).

**Conclusiones:** En esta muestra, el TDP se asoció a una mayor intención de abandonar la universidad y riesgo elevado de depresión y suicidio, a pesar de no afectar el promedio académico. Se sugiere realizar evaluación e intervención proactiva para detectar TDP en estudiantes universitarios.

#### **4. Abstract**

Prolonged grief disorder (PGD) is a debilitating condition that can adversely affect both academic performance and mental health, particularly among college students so further research is needed. This cross-sectional study examined PGD prevalence and associations in a sample of Hispanic college students (N=580) from Northern Mexico. The PGD prevalence was 9.3%, based on DSM-5 TR criteria. PGD was not associated with lower academic performance (mean grades) but was associated with thoughts of withdrawing from college. Moreover, PGD showed significant associations with a history of depression, personality disorder, exposure to trauma, kinship, suddenness of death, and inability to say goodbye. PGD significantly increased the odds of both depression (OR = 5.30) and suicide risk, even after adjusting for depression (adjusted OR = 6.51). These findings underscore the need for proactive assessment and intervention targeting PGD, depression, and suicide risk among Hispanic college students, as well as further research into relevant sociocultural factors.

## **5. Introducción**

El duelo es un proceso que surge ante la pérdida de un ser querido donde ocurren diversas respuestas emocionales, cognitivas y conductuales. La mayoría de las personas presenta una reducción gradual de los síntomas a lo largo del tiempo, usualmente entre 6–12 meses, pero una minoría puede desarrollar una trayectoria con síntomas intensos o que no disminuye favoreciendo que ocurra el trastorno por duelo prolongado (TDP) (1, 2). Este trastorno se ha definido recientemente en criterios diagnósticos estandarizados y se vincula con mayor comorbilidad psiquiátrica y médica, donde algunos a resaltar son el riesgo de depresión y el riesgo suicida (3, 4, 5, 6).

Los estudiantes universitarios constituyen una población de interés por su etapa de vida y la vulnerabilidad debida a la alta prevalencia de trastornos de la salud mental y carga académica; además, la pérdida de un ser querido es otro efecto estresor que puede llegar a afectar el rendimiento académico, la persistencia en la carrera y aumentar el riesgo de patología mental (7, 8). Hay diversos factores que se han documentado que influyen en una trayectoria hacia TDP como lo son la cercanía con el fallecido, pérdida por muerte súbita y antecedentes de trauma o depresión en los estudiantes (9, 10).

Debido el efecto que puede tener el TDP en aspectos académicos y salud mental, este estudio transversal buscó analizar la prevalencia de TDP en una muestra mexicana y sus asociaciones con el promedio académico, el riesgo de depresión y de suicidio en estudiantes del campus de la salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León (N = 580). Además, se exploraron factores que pueden influir dependiendo de las circunstancias de la muerte y características de estudiantes en el TDP.

## **6. Marco teórico/Revisión de la literatura**

### **6.1 Duelo**

El duelo es un proceso que aparece como respuesta a la muerte de un ser querido, caracterizado por un conjunto de sentimientos de aflicción y malestar emocional, que ha dado lugar a su estudio desde hace años. Uno de los primeros intentos de estudiar los comportamientos y emociones asociadas al duelo lo llevo a cabo Erich Lindemann (11) quien, tras un incendio donde hubo múltiples muertes, entrevistó a 101 familiares que habían perdido a alguien, llegando a la conclusión que la experiencia en duelo contaba con cinco características principales en su proceso: la presencia de un malestar somático, rumiación acerca de la imagen del fallecido, sentimientos de culpa relacionados, episodios ocasionales de conducta hostil y una incapacidad para actuar en otros momentos. Desde entonces, han sido descritas numerosas reacciones emocionales similares, cognitivas y conductuales, aunque hay que tener en cuenta que el proceso de duelo puede encontrar manifestaciones particulares en cada persona.

Entre todos los elementos comunes observados se ha llegado a la conclusión que las respuestas pueden ser variadas y recurrentes, dentro de los cuales se incluyen manifestaciones físicas y fisiológicas tales como problemas en el sueño, anergia o alteraciones en la conducta alimentaria, junto a reacciones emocionales, cognitivas, conductuales, espirituales y sociales (12, 13). En la mayoría de los casos los síntomas de duelo muestran un descenso gradual (1), aunque las personas pueden no seguir dicho patrón. Diversos factores pueden influir en esta desviación como que en la actualidad ciertos patrones mal adaptativos son vistos como normales (14) y otros factores incluyen incluso mecanismos intrínsecos del cuerpo como la expresión génica y modulación de citocinas, las cuales están relacionadas con la inmunidad innata y la alteración en el eje del cortisol, aumentando la mortalidad de la persona en duelo hasta 10 años después del fallecimiento del ser querido (15, 16, 17).

La complejidad que poseen las manifestaciones que se experimentan después de sufrir una pérdida ha generado diversas explicaciones de la forma en que se vive un duelo. Una forma inicial para facilitar la comprensión del proceso del duelo fue dividirlo en

etapas, de la cual la mayor exponente fue Kübler-Ross (1969) en su libro “On Death and Dying” (Sobre la muerte y los moribundos), donde describió el proceso en pacientes terminales y dividió el duelo en cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (18). A pesar de ayudar con la comprensión inicial, la división por etapas no englobaba completamente las formas en que se vive un duelo por lo que posteriormente surgieron enfoques alternativos. Algunos han usado fases para describir la fluctuación usual del proceso como por ejemplo Parkes (19) quien inicialmente definió cuatro fases las cuales son fase de insensibilidad, fase de añoranza, fase de desorganización y desesperación, y fase de conducta reorganizada. En cambio, Sanders (20), quien también uso el modelo en fases dividió el duelo en otras siendo shock, conciencia de la pérdida, retraimiento y conservación, sanación y renovación. Dichos trabajos ampliaron el concepto del proceso del duelo, aunque debido a la pasividad asociada al uso de fases, otros autores buscaron dividir al duelo en tareas para resaltar el proceso activo del mismo. Un autor de dicho abordaje es Worden (21), quien ha dividido al duelo en cuatro tareas para facilitar una trayectoria de descenso gradual las cuales son: aceptar la realidad de la pérdida, luego elaborar el dolor de la pérdida, posteriormente adaptarse a un mundo sin el fallecido y finalmente hallar un modo de recordar al fallecido mientras se emprende una vida nueva. Todos estos modelos han ayudado a ampliar la visión del duelo y nuevos modelos relevantes han ido surgiendo recientemente para complementar su comprensión, como lo son el modelo de duelo de dos vías de Simon Rubin (22) y el modelo de proceso dual de Stroebe y Schut (23). Independientemente de intentar encontrar la mejor descripción del duelo, el uso de estos de manera complementaria permite una comprensión más amplia del duelo que de manera individual. Por esto es necesario ser usados para el estudio de los procesos de duelo.

## **6.2 Trastorno por duelo prolongado**

En el estudio del duelo se han identificado distintas trayectorias que siguen los síntomas a lo largo del tiempo. Habitualmente la mayoría de las trayectorias sigue un descenso gradual de los síntomas favoreciendo la adaptación, pero una minoría puede continuar con síntomas severos y persistentes en hasta un 8 % (1). El proceso de adaptación del

duelo se ha reportado que ocurre típicamente entre los 6 y 12 meses posteriores al fallecimiento (1,2). El curso del duelo que no termina en esta adaptación ha sido motivo de estudio y se han utilizado varios términos para describirlo. Uno de los primeros usados fue “duelo complicado” propuesto por Hartz (24) para diferenciarlo del duelo no complicado del DSM-III. Otros términos que posteriormente surgieron han sido “duelo patológico” y “duelo no resuelto” (25, 26). Sin embargo, el término consensuado en la actualidad es trastorno por duelo prolongado (TDP) (27, 28), lo que ha facilitado el desarrollo de criterios diagnósticos válidos y el estudio sistemático de su impacto en diversas poblaciones.

Debido a las diversas definiciones sobre la trayectoria alterada en el proceso de duelo, el diagnóstico de TDP ha surgido de manera más tardía. Históricamente se buscó definir inicialmente con la aplicación del Inventario de Duelo Complicado diseñado por Prigerson et al. (29), pero no fue hasta años recientes que se llegó a un acuerdo global. Tanto el DSM-5-TR como la CIE-11 lo han incluido como diagnóstico y han desarrollado criterios específicos para TDP. El DSM-5-TR (3) ha definido al TDP como una respuesta persistente de añoranza o preocupación por el fallecido con pensamientos o recuerdos asociados que ocasionan un deterioro funcional significativo durante al menos 12 meses. La CIE-11 (4), en cambio, lo define como un anhelo o preocupación persistente por el fallecido acompañado de intenso dolor emocional y disfuncionalidad, pero con un período mínimo menor de al menos 6 meses. Usando ambas definiciones un estudio alemán informó una prevalencia de TDP de 4.2 % usando la definición de la CIE-11 y 3.3 % usando la del DSM-5 (30). Un resultado que al compararse con el uso de instrumentos psicométricos validados difieren, como en el metaanálisis de Lundorff et al. que halló una prevalencia global en adultos del 9.8 % con estos métodos (31). Además de la definición, factores culturales o poblacionales pueden aumentar la frecuencia del TDP; por ejemplo, las poblaciones de habla árabe (18.8 %) y los jóvenes universitarios suelen tener prevalencias mayores (13.4 %) (9, 32).

Se ha investigado sobre la coexistencia de síntomas depresivos y ansiosos en el TDP donde se ha registrado que hay alteraciones particulares independientes. Lo cual está basado en diversos estudios que han mostrado que el tratamiento con antidepresivos no

mejora necesariamente los síntomas de duelo, aunque alivie la sintomatología depresiva o ansiosa acompañante (33, 34). El TDP es una entidad que puede surgir en el 17% de las personas en duelo al no recibir atención ocasionando síntomas persistentes o empeoramiento de previos (35). Por ello se han propuesto tratamientos específicos, como la terapia para duelo complicado, cuyo objetivo es reducir la evitación de situaciones y emociones relacionadas con la pérdida de un ser querido (33). Se ha reportado que la forma en que funciona dicha terapia es al ayudar a los pacientes a aceptar la realidad de la muerte, reconfigurar la relación interna con el fallecido y redefinir sus metas vitales (36). Añadido a este método se encuentra la terapia cognitivo-conductual para duelo, que trabaja en el reencuadre de creencias negativas y la confrontación de precipitantes de malestar emocional (37). Independientemente del tratamiento una definición clara de TDP facilita el estudio y el diseño de tratamientos oportunos para poblaciones en riesgo.

### **6.3 Efectos del duelo en aspectos académicos y salud mental**

El impacto del duelo y la trayectoria de síntomas intensos o persistentes afecta negativamente varios aspectos de la vida. La muerte de un progenitor durante la adolescencia ha demostrado alterar la concentración, la realización de tareas y aumentar la probabilidad de abandono escolar (38-40). Los efectos del duelo en el rendimiento académico se observan a lo largo de los diferentes niveles educativos. En un estudio incluyendo estudiantes en educación primaria, el duelo traumático se asoció con trastorno por estrés postraumático (TEPT), problemas de conducta, depresión y bajo rendimiento académico (41). Estudios en secundaria han reportado calificaciones más bajas y mayor riesgo de fracaso académico tras el duelo (42, 43). El empeoramiento académico tras la pérdida suele incluir dificultad para completar tareas, cambios en hábitos de estudio y menor participación en clase (44). El efecto del duelo puede variar según el nivel educativo, pero sus consecuencias pueden perdurar incluso después de la graduación universitaria (45).

Se ha informado que en jóvenes el evento traumático más frecuente es la pérdida súbita de un ser querido, en hasta un 30 %, que suele ocurrir entre los 15 y 16 años (46), y que



dicha pérdida tiene un impacto negativo en la salud mental. La intensidad de los síntomas de duelo se asocia positivamente con depresión y riesgo suicida (5, 6). También se han reportado asociaciones con TEPT cuando la muerte es traumática (47). Otros síntomas documentados incluyen reactividad al estrés, ira, anhedonia, añoranza, baja autoestima, rumiación y autorreproche (48). No identificar un duelo con trayectoria mal adaptativa puede aumentar el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales.

Debido al impacto académico y en la salud mental, las instituciones educativas deben contar con programas de manejo del duelo. Algunas estrategias para afrontar el duelo durante los estudios se agrupan en modificación del pensamiento, acción, descanso, expresión emocional, apoyo y aprendizaje (49). Sin embargo, factores socioculturales influyen en la disposición de los estudiantes a buscar ayuda, lo que limita la utilización de los programas disponibles (50). Esto podría explicar por qué la apertura familiar no siempre mejora los síntomas de duelo en esta población (51). Aun así, tratamientos que incluyen estrategias de terapia cognitivo-conductual han mostrado eficacia para tratar el TDP y sus comorbilidades (52).

#### **6.4 Estudiantes universitarios como población de riesgo**

Dado que la prevalencia de TDP varía según la población, los estudiantes universitarios constituyen un grupo que merece atención particular. Se encuentran en la etapa de adultez emergente (18–29 años), un periodo de notable inestabilidad y vulnerabilidad en salud mental que puede afectar el proceso de duelo (7, 53). Lo cual suele representarse con mayor prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y relacionados con el estrés (53, 54).

Otro estresor común es la muerte de una persona cercana; alrededor del 30 % de los estudiantes universitarios pueden haber experimentado una muerte reciente en los 12 meses previos (55), y el 65.4 % ha reportado haber perdido a alguien cercano antes o durante la carrera (56). Diferentes factores durante la etapa universitaria pueden conducir a trayectorias persistentes y más severas. Es esencial identificar factores que aumenten el riesgo de TDP en estudiantes como lo son: cercanía con el fallecido, tipo de

relación, apego inseguro, edad temprana, muerte súbita, diagnóstico previo de ansiedad o depresión y antecedentes de trauma (9, 57, 58). La identificación institucional y la provisión de apoyo pueden reducir el riesgo de TDP y favorecer el crecimiento personal posterior a la pérdida (58).

El duelo en estudiantes universitarios se ha relacionado con dificultades académicas (59, 60). Factores específicos, como la cercanía con el fallecido (61) y las disparidades raciales (62) pueden agravar el impacto. Los adultos que experimentan la muerte de alguien cercano en fases tempranas de su vida han mostrado menores probabilidades de graduarse de la universidad (62), y se ha documentado una disminución de logros académicos en estudiantes en duelo desde la escuela primaria hasta la educación superior (63). El acceso limitado a la educación universitaria puede crear desventajas con repercusiones posteriores en la vida. Se ha observado un impacto negativo en las calificaciones durante el primer semestre posterior a la pérdida (64). No obstante, el efecto global del duelo sobre el promedio general universitario sigue siendo incierto, especialmente en estudiantes con TDP. Según el modelo de Tinto (65), el rendimiento académico es clave en la integración académica e influye en las decisiones de abandonar la escuela, por lo que se precisa expandir la investigación para cuantificar el impacto del TDP en el rendimiento académico y su relación con los pensamientos sobre abandonar la universidad.

El fracaso académico y el TDP pueden agravar la salud mental de los estudiantes. El TDP se ha asociado con depresión en hasta el 63 % de los casos (66) y con riesgo suicida en el 8.2 % (67). Sin embargo, los datos sobre el impacto del TDP en depresión y riesgo suicida en estudiantes universitarios son escasos. Estudiar esta relación es relevante, ya que al presentarse mayor gravedad de los síntomas de TDP, la ideación suicida y depresión suelen ser más prevalentes y severas (68). Debido a que la evidencia sobre el impacto del TDP en el rendimiento académico es limitada, este estudio examina dicho impacto en una muestra de estudiantes mexicanos, con el promedio general como resultado primario, guiado por el modelo de integración académica de Tinto (65). También se incluyeron indicadores académicos relacionados, como la consideración de abandonar la universidad, un resultado previamente asociado con TDP (62, 63). Dado

que la prevalencia del TDP en poblaciones mexicanas no está bien documentada, y que su impacto sobre depresión y riesgo suicida en estudiantes universitarios no está bien comprendido, el presente estudio evaluó estos resultados adicionalmente. La hipótesis del equipo fue que el TDP se asociaría con menor rendimiento académico (promedio general) y con mayor riesgo de depresión y suicidio.

## **7. Justificación**

Los estudios sobre duelo prolongado en estudiantes universitarios han utilizado descripciones cualitativas de la afectación en el desempeño escolar. Los estudios habitualmente han descrito el efecto académico del duelo en poblaciones más jóvenes o si son usadas en población universitaria no es sobre su promedio general de la carrera sino solo en los meses posteriores a la pérdida. Algo a considerar de manera adicional es que también hay información limitada del efecto académico al tener el diagnóstico de trastorno por duelo prolongado, al ser un diagnóstico reciente añadido al DSM-5 TR y CIE-11. Además, la mayoría de la investigación en este tema es realizada en poblaciones de países de primer mundo, más de la mitad de los estudios provenientes de Estados Unidos, con un nivel de evidencia en promedio regular. Las razones de realizar este estudio son que se centran en una población mexicana la cual tiene implicaciones culturales distintas a otras poblaciones estudiadas, se utilizó una combinación de medidas cuantitativas y cualitativas para relacionar el desempeño académico con el diagnóstico de TDP, en lugar de la asociación de fallecimiento y rendimiento académico. También se buscó estudiar el riesgo de depresión y suicidio asociado al diagnóstico de TDP al haber información escasa en estudiantes universitarios y más en poblaciones mexicanas. Conocer el impacto del TDP sobre los estudiantes universitarios en su desempeño académico y salud mental es necesario para definir estrategias institucionales que ayuden a identificar estudiantes en riesgo.

### **7.1 Hipótesis**

El trastorno por duelo prolongado perjudica de forma significativa el rendimiento académico (promedio general) y la salud mental de estudiantes universitarios del campus de la salud de la UANL.

### **7.2 Objetivos**

#### **7.2.1 Objetivo general**

Determinar el efecto que produce el trastorno por duelo prolongado sobre el promedio general de la carrera y el riesgo de depresión y suicidio asociado.

### **7.2.2 Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de trastorno por duelo prolongado en estudiantes universitarios en el campus de la salud UANL.
- Determinar las asociaciones significativas entre las circunstancias del fallecimiento del ser querido y características sociodemográficas de los estudiantes para desarrollar el trastorno por duelo prolongado.
- Evaluar si el antecedente de acudir a psicología o psiquiatría se encuentra como factor protector frente al desarrollo de trastorno por duelo prolongado.
- Comparar el retraso de semestres, el número de repeticiones de cursos, el número de veces que se reprueba una materia y si hay aspiraciones académicas entre estudiantes con trastorno por duelo prolongado y sin este.

## **8. Materiales y métodos**

### **8.1 Diseño de estudio**

Estudio transversal, observacional, analítico y descriptivo

### **8.2 Procedimiento**

La muestra se obtuvo de estudiantes del campus de la salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el año escolar 2024-2025. Los participantes fueron reclutados de cinco facultades: Medicina, Enfermería, Psicología, Nutrición y Odontología. De marzo a mayo de 2025, los investigadores, con la ayuda de grupos estudiantiles y directores de las facultades, invitaron a estudiantes de todo el campus durante el horario de actividades académicas. El reclutamiento buscó alcanzar el 5% de los alumnos inscritos por cada facultad para asegurar proporcionalidad. Tras aceptar participar, los estudiantes fueron dirigidos al departamento de psiquiatría para aclarar dudas y realizar el proceso de consentimiento informado. Posteriormente se procedió al llenado de la encuesta, la cual se administró usando Google Forms; durante la misma un investigador estuvo presente para asistir en caso necesario a los estudiantes. Tanto el consentimiento escrito como la encuesta requirieron una dirección de correo electrónico para comunicación en caso de presentar datos de riesgo. Se invitó a 945 estudiantes, de los cuales 884 (93.6%) consintieron participar y 580 cumplieron los criterios de inclusión y fueron incorporados en los análisis (se obtuvo una prevalencia del 65.6% de haber perdido a un ser querido en la muestra). Todos los participantes elegibles completaron los cuestionarios sobre datos demográficos, datos de su rendimiento académico, antecedentes psiquiátricos, el cuestionario sobre pérdidas, el Inventario de Duelo Complicado, la escala de ajuste social y laboral (WSAS) y el PHQ-9. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la UANL con la clave **PS24-00007**. El consentimiento informado se anexa al final de este trabajo.

### **8.3 Criterios de inclusión:**

- Estar estudiando al momento de la encuesta en una facultad del sector salud de la UANL (Enfermería, Nutrición, Odontología, Psicología y Medicina).

- Edad entre 18 a 29 años.
- Sexo indistinto.
- Haber experimentado la muerte de un ser querido después de los 12 años (para reducir el sesgo por recuerdo).
- Consentir participar en el estudio y haber completado el proceso de consentimiento informado por escrito.

#### **8.4 Criterios de exclusión:**

- Estudiantes universitarios que no pertenezcan a las facultades del sector salud de la UANL.

#### **8.5 Criterios de eliminación:**

- Respuestas parciales en la encuesta.

#### **8.6 Tamaño de la muestra:**

La prevalencia reportada de haber sufrido una pérdida en el último año en estudiantes universitarios oscila entre el 15 al 30% (Balk, 2008). El cálculo de muestra se realizó para una proporción en una población infinita, con un nivel de confianza del 95% y poder del 97.5%. Para obtener el valor de la prevalencia se tomó como referencia  $p = 30\%$ , resultando en una muestra requerida de 896 sujetos. Usando esta muestra sugerida como guía durante el estudio además se buscó obtener el 5% del total de estudiantes por cada una facultad, resultando en la obtención de 884 participantes. Posteriormente, tras ajustar por criterios de inclusión se obtuvo la muestra a estudiar de 580 participantes.

#### **8.7 Variables**

Características sociodemográficas: se incluyó la edad, la identidad de género, la nacionalidad, la religión, el grado de apego a valores religiosos (usando una escala de cinco puntos, desde “sin apego” a “extremadamente apegado”), estado civil, facultad, año académico y el ingreso familiar mensual clasificado según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (69) para determinar el estrato socioeconómico,

Rendimiento académico: se recolectaron datos sobre el promedio general de la carrera (usando una escala de 0-100), si habían reprobado alguna materia en la universidad, el número de reprobaciones, si habían repetido un curso y el tiempo empleado en regularizarse tras reprobado (desde un semestre hasta más de 3 años). Este apartado incluyó tres preguntas adicionales: “¿Tienes aspiraciones académicas?”, “¿Te ves trabajando en el área que estudias?” y “¿Estás pensando en abandonar la universidad?”.

Antecedentes psiquiátricos: se incluyeron las preguntas: “¿Alguna vez has asistido al departamento de psiquiatría del campus?, ¿Alguna vez has acudido a un servicio de psicología disponible en el campus?, ¿Alguna vez te han diagnosticado un trastorno de salud mental?, ¿Alguna vez has experimentado un evento traumático, excluyendo la muerte de seres queridos? (p. ej. abuso sexual, accidentes graves, situaciones que pusieron en riesgo tu vida o has estado expuesto a violencia)” En caso de mencionar algún diagnóstico previo, se solicitó al estudiante especificarlo.

Cuestionario de pérdidas: se incluyó el número de pérdidas que han tenido los estudiantes a lo largo de la vida, y para la pérdida más significativa el tiempo transcurrido desde la muerte, la relación con el fallecido, el nivel de cercanía (usando una escala de cuatro puntos desde “no cercano” hasta “extremadamente cercano”), la causa de la muerte, si existió anticipación del evento, si hubo posibilidad de despedida, si contaron con apoyo social, la presencia de sentimientos sobre posible prevención y si la pérdida ocurrió durante la carrera. Para los estudiantes que tenían un duelo debido a la pérdida de un familiar se les solicitó especificar el parentesco. Si la pérdida fue por enfermedad, se clasificó de acuerdo con la temporalidad en aguda (<6 semanas), subaguda o crónica (>3 meses) según el tiempo desde el diagnóstico hasta la muerte.

Inventario de duelo complicado (IDC): es una escala autorreportada de 19 ítems para medir la gravedad de los síntomas de duelo que afectan el funcionamiento diario. Se ha utilizado en numerosos estudios y ha mostrado buena validez interna y fiabilidad ( $\alpha = 0.94$ ) (29). El IDC utiliza cinco categorías con respuestas tipo Likert para cada pregunta y tiene un rango total de puntuación de 0 a 76 (29). Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad de síntomas. De acuerdo con el autor original, una puntuación mayor a 25



sugiere síntomas asociados a un duelo con síntomas persistentes. Sin embargo, en este estudio se utilizó un punto de corte de 30, como en otros estudios, debido a una mejor sensibilidad y especificidad documentada (9, 70). Considerando que la lengua materna de los participantes es español, se empleó una versión validada al mismo ( $\alpha = 0.88$ ) con una fiabilidad test-retest a 6 meses ( $r = 0.80$ ) (71). El Alpha de Cronbach en la muestra presente fue de 0.91.

Escala de ajuste social y laboral (Work and Social Adjustment Scale, WSAS) se utilizó para evaluar el impacto del duelo en el funcionamiento diario de los estudiantes. Es una escala con 5 ítems que usa puntuaciones de 0 a 8, según el nivel de interferencia en cinco áreas: en el trabajo, sobre el manejo del hogar, en actividades de ocio individual, ocio social y manejo de relaciones familiares. Ha demostrado buena validez interna ( $\alpha = 0.94$ ) (72) y ha sido validada al español ( $\alpha = 0.84$ ) con buena fiabilidad test-retest ( $r = 0.78$ ) (73). Las puntuaciones de 10 o más se asocian con deterioro funcional significativo en personas en duelo (9). El Alpha de Cronbach en esta muestra fue de 0.91. El diagnóstico de trastorno por duelo prolongado (TDP) se basó en los criterios del DSM-5 TR: IDC  $\geq 30$ , WSAS  $\geq 10$  y duración del duelo de al menos un año. Se utilizó la definición del DSM-5 para todos los análisis, aunque también se reportó la prevalencia según la CIE-11.

Cuestionario de salud del paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9): es una escala de nueve ítems que evalúa la frecuencia de los síntomas depresivos en las últimas dos semanas (74). Se usó una versión en español validada en población mexicana, mostrando buena validez interna ( $\alpha = 0.80$ ) (75). Se utilizó un punto de corte de 10 para el diagnóstico de depresión, consistente con otras investigaciones (8, 76). El Alpha de Cronbach en la muestra fue de 0.89. Adicionalmente, se utilizó la última pregunta para evaluar la presencia de riesgo suicida, definido como puntuación  $\geq 1$  para evaluar la presencia (77, 78), con una precisión teórica del 94% (79).

## **8.8 Análisis estadístico**

Los datos fueron ingresados en una hoja de Microsoft Excel. Todos los análisis estadísticos se realizaron usando el programa IBM SPSS v.26, siendo el rendimiento

académico, determinado por el promedio general de la carrera, la variable dependiente principal. La prueba de normalidad de Kolmogórov–Smirnov se aplicó a cada variable continua, las cuales siguieron una distribución no normal, así que para dichos análisis se utilizó la prueba U de Mann–Whitney. Las características demográficas de los estudiantes y las circunstancias de la muerte del ser querido se resumieron descriptivamente. Los resultados secundarios se evaluaron con pruebas de  $\chi^2$  para determinar las posibles asociaciones con el TDP. Las razones de probabilidades (odds ratios) para depresión, riesgo suicida y el uso de atención psiquiátrica o psicológica fueron calculadas utilizando regresión logística binaria. La significancia estadística fue considerada para todos los análisis establecida en  $p \leq 0.05$

## 9. Resultados

### 9.1 Características de los estudiantes

Las características sociodemográficas y psicosociales, estratificadas por TDP, se resumen en la **Tabla 1**. Del total de estudiantes 69% de los participantes fueron mujeres; la edad media fue de 20.9 años. Solo el 0.5% de la muestra nació fuera de México provenientes de Estados Unidos y Cuba. Las carreras cursadas por los participantes al momento de la encuesta fueron: medicina 40%, odontología 20%, psicología 15%, enfermería 14% y nutrición 11%, y la mayoría de los estudiantes estaba cursando los primeros 2 años (48%). El 37% de los estudiantes tenía antecedente de haber experimentado un evento traumático distinto a la muerte del ser querido. Otros antecedentes psiquiátricos identificados fue historia previa de depresión en el 15% de estudiantes, antecedente de trastorno de ansiedad en el 16%, 4.4% con diagnóstico de TDAH y 1.8% con algún trastorno de la personalidad. La prevalencia global de depresión fue del 26.3% ( $n = 153/580$ ) y de riesgo suicida fue de 17.2% ( $n = 100/580$ ).

**Tabla 1. Características demográficas y psicosociales por trastorno de duelo prolongado**

	Total N= 580	No TDP (n= 526)	TDP (n=54)	p
Edad promedio	20 (19-22)	20 (19-22)	21 (19-22)	0.84
Variables categóricas	Total n	n (%)	n (%)	
Género				0.039*
Masculino	179	169 (94.4)	10 (5.6)	
Femenino	401	357 (89.0)	44 (11.0)	
Facultad				0.12
Medicina	235	215 (91.5)	20 (8.5)	
Enfermería	82	73 (89.0)	9 (11.0)	
Nutrición	61	59 (96.7)	2 (3.3)	
Psicología	87	80 (92.0)	7 (8.0)	
Odontología	115	99 (86.1)	16 (13.9)	
Año académico				0.34
1	138	127 (92.0)	11 (8.0)	
2	141	130 (92.2)	11 (7.8)	
3	118	108 (91.5)	10 (8.5)	
4	90	76 (84.5)	14 (15.5)	
5	62	57 (92.0)	5 (8.0)	
6	21	19 (90.5)	2 (9.5)	
7	10	9 (90.0)	1 (10.0)	
Religión				0.06

Católica	400	364 (91.0)	36(9.0)	
Cristiana	75	70 (93.3)	5 (6.7)	
Agnóstico	19	17 (89.5)	2 (10.5)	
Ateo	15	14 (93.3)	1 (6.7)	
Ninguna	67	59 (88.0)	8 (12.0)	
Otra	4	2 (50.0)	2 (50.0)	
Apego religioso				0.52
Sin apego	143	126 (88.1)	17 (11.9)	
Poco	158	147 (93.0)	11 (7.0)	
Moderado	187	169 (90.4)	18 (9.6)	
Alto	61	57 (93.5)	4 (6.5)	
Extremo	31	27 (87.1)	4 (12.9)	
Nacido en México				0.57
No	3	3 (100.0)	0	
Si	577	523 (90.6)	54 (9.4)	
Estrato socioeconómico por ingreso familiar mensual				0.12
Bajo (<10,000 MXN)	157	137 (87.3)	20 (12.7)	
Medio-bajo (10,000-20,000 MXN)	188	172 (91.5)	16 (8.5)	
Medio-alto (> 20,000 MXN)	235	217 (92.3)	18 (7.7)	
Estado civil				0.70
Soltero	571	518 (90.7)	53 (9.3)	
Casado	3	3 (100.0)	0	
Unión libre	6	5 (83.3)	1 (16.7)	
Atención psiquiátrica previa				0.66
No	524	476 (90.8)	48 (9.2)	
Si	56	50 (89.3)	6 (10.7)	
Atención psicológica previa				0.92
No	436	395 (90.6)	41 (9.4)	
SI	144	131 (91.0)	13 (9.0)	
Diagnóstico				
Depresión	88	73 (83.0)	15 (17.0)	0.006*
Ansiedad	95	83 (87.4)	12 (12.6)	0.21
Trastorno de personalidad	11	8 (72.7)	3 (27.3)	0.038*
TDAH	26	22 (84.6)	4 (15.4)	0.27
Otro †	29	25 (86.2)	4 (13.8)	0.40
Historia de trauma				0.017*
No	366	340 (92.9)	26 (7.1)	
Si	214	186 (86.9)	28 (13.1)	

† En otros se incluye TEPT, trastorno de la conducta alimentaria y otros trastornos del estado de ánimo en el grupo de No TDP, mientras que en el grupo TDP incluyó TOC y trastornos psicóticos

\*p<0.05

## 9.2 Circunstancias de la muerte

Las circunstancias de la muerte, estratificadas por TDP, se encuentran sintetizadas en la **Tabla 2**. El 64% de los participantes reportó haber sufrido más de una pérdida. Los participantes señalaron la pérdida familiar como la relación predominante con el fallecido

en el 94% de los casos. Respecto a los parentescos identificados fueron abuelos (65%), tío/tía (18%), madre (5%), padre (4%) y otros (8%). En cuanto a temporalidad, el 38% de los estudiantes informó haber experimentado la muerte de un ser querido entre 2 y 5 años previos a su participación en el estudio, 25% que había ocurrido en el último año, 22% hace más de 5 años y el 14% entre 12 y 24 meses previos a la encuesta. La mayoría categorizaron el grado de cercanía con el fallecido como “extremadamente cercano” (54%), mientras que el 31% de los participantes como “muy cercano”, el 11% como “cercano” y el 4% como “no cercano”. Las causas de la muerte del fallecido identificadas fueron enfermedad (89%), accidente (7%), suicidio (2.5%) y homicidio (1.5%). Del total de estudiantes, el 85% refirió haber recibido apoyo social durante su duelo. La mediana de la muestra en los puntajes del IDC fue de 6.0 (rango intercuartílico 1–16), la mediana de la escala WSAS fue de 5.0 (RIC 1–9) y la mediana del PHQ-9 fue de 1.0 (RIC 0–4). La prevalencia global de TDP fue de 9.3% siguiendo la definición por el DSM-5 TR (n = 54/580) y paso a ser 10.5% al considerarse la definición por la CIE-11 (n = 61/580).

**Tabla 2. Circunstancias sobre la muerte por TDP**

	<b>Total N=580</b>	<b>No PGD (n= 526)</b>	<b>PGD (n=54)</b>	<b>P</b>
Promedio de Inventario de duelo complicado (IDC)	6.0 (1-16)	4.0 (0-11)	40.0 (34-46.5)	<0.001*
Promedio Work and Social Adjustment Scale (WSAS)	5.0 (1-9)	4.0 (0-8)	13.0 (10-16)	<0.001*
Promedio Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	1.0 (0-4)	0 (0-2.0)	13 (7-20)	<0.001*
<b>Variables categóricas</b>	<b>Total n</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Numero de pérdidas				0.80
1	218	195 (89.5)	23 (10.5)	
2	184	169 (91.8)	15 (8.2)	
3	96	87 (90.6)	9 (9.4)	
>= 4	82	75 (91.5)	7 (8.5)	
Tiempo desde la pérdida†				<0.001*
12-24 meses	79	70 (88.6)	9 (11.4)	
2-5 años	223	194 (87.0)	29 (13.0)	
>5 años	130	114 (87.7)	16 (12.3)	
Pérdida más significativa				0.001*
Familiar‡	545	496 (91.0)	49 (9.0)	0.003*
Abuelo (a)	355	331 (93.2)	24 (6.8)	
Tío (a)	101	93 (92.1)	8 (7.9)	
Primo (a)	19	15 (78.9)	4 (21.1)	
Padre	25	19 (76.0)	6 (24.0)	
Madre	28	22 (78.5)	6 (21.5)	
Otro§	17	16 (94.0)	1 (6.0)	
Amigo	31	28 (90.3)	3 (9.7)	
Pareja	4	2 (50.0)	2 (50.0)	

Cercanía con el fallecido				<0.001*
No cercano	21	21 (100.0)	0	
Cercano	67	67 (100.0)	0	
Muy cercano	181	175 (96.7)	6 (3.3)	
Extremadamente cercano	311	263 (84.6)	48 (15.4)	
Causa del fallecimiento				<0.001*
Enfermedad†	517	475 (91.9)	42 (8.1)	0.014*
Aguda	207	182 (87.9)	25 (12.1)	
Subaguda	96	92 (95.8)	4 (4.2)	
Crónica	214	201 (93.9)	13 (6.1)	
Accidente	39	35 (89.7)	4 (10.3)	
Suicidio	15	11 (73.3)	4 (26.7)	
Homicidio	9	5 (55.5)	4 (44.5)	
Muerte súbita				0.022*
No	257	241 (93.8)	16 (6.2)	
Si	323	285 (88.2)	38 (11.8)	
Sensación de prevención				0.07
No	165	155 (93.9)	10 (6.1)	
Si	415	371 (89.4)	44 (10.6)	
Oportunidad de despedirse				0.047*
No	391	348 (89.0)	43 (11.0)	
Si	189	178 (94.1)	11 (5.8)	
Fallecimiento durante la carrera				0.07
No	345	307 (89.0)	38 (11.0)	
Si	235	219 (93.2)	16 (6.8)	
Recibió apoyo				0.97
No	85	77 (90.6)	8 (9.4)	
Si	495	449 (90.7)	46 (9.3)	

† 148 estudiantes en el grupo de No TDP tuvo una pérdida antes de 12 meses

‡ El tipo de parentesco en familiar y clasificación de la enfermedad están divididos en subgrupos

§ 1 hermano en el grupo de TDP y 2 en el grupo No TDP, el resto fueron bisabuelos

\*p<0.05

### 9.3 Rendimiento académico

La diferencia entre la mediana del promedio en la carrera en estudiantes con TDP (mediana = 85.0, RIC = 80.0–90.0) y sin TDP (mediana = 85.0, RIC = 80.0–90.0) no fue estadísticamente significativa ( $U = 13659$ ,  $p = 0.99$ ). Tampoco se hallaron asociaciones significativas entre TDP y haber reprobado una materia  $\chi^2 (1, N = 580) = 3.56$ ,  $p = 0.059$ ; número de materias reprobadas  $\chi^2 (4, N = 580) = 6.17$ ,  $p = 0.18$ ; repetir un curso,  $\chi^2 (1, N = 580) = 3.05$ ,  $p = 0.081$ ; o mayor tiempo para regularizarse tras reprobar una materia,  $\chi^2 (4, N = 580) = 6.23$ ,  $p = 0.18$ . Sin embargo, el TDP se asoció con el pensamiento activo de abandonar la universidad,  $\chi^2 (1, N = 580) = 10.02$ ,  $p = 0.002$ . En preguntas adicionales, el 96% de los estudiantes con TDP se veía trabajando en el área que estudiaban en el futuro

y el 94% tenía aspiraciones académicas comparado con en el grupo sin TDP con un porcentaje de 97% y 98%, respectivamente.

#### **9.4 Asociación entre características estudiantiles y TDP**

Se reportó una asociación estadísticamente significativa entre ser mujer y tener TDP,  $\chi^2 (1, N = 580) = 4.25, p = 0.039$ . El TDP también se asoció con historia previa de depresión,  $\chi^2 (1, N = 580) = 7.32, p = 0.006$ ; tener antecedente de algún trastorno de la personalidad,  $\chi^2 (1, N = 580) = 4.27, p = 0.039$ ; y haber experimentado algún evento traumático con anterioridad,  $\chi^2 (1, N = 580) = 5.68, p = 0.017$ . No se encontraron asociaciones significativas entre el TDP y la edad, la carrera cursada por los estudiantes, el año académico, la religión o nivel de apego a ella. Tampoco hubo asociación con haber nacido en México, el estrato socioeconómico, el estado civil, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica previamente ni tampoco lo fue para los estudiantes con diagnósticos previos de ansiedad, TDAH u otros diagnósticos.

#### **9.5 Asociación entre circunstancias de la muerte y TDP**

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el TDP y el parentesco con la persona fallecida  $\chi^2 (5, N = 545) = 18.26, p = 0.003$ , reportando mayores tasas si la muerte había sido de algún progenitor. El nivel de cercanía con el fallecido se asoció con el TDP  $\chi^2 (3, N = 580) = 88.73, p < 0.001$ , al igual que la causa de la muerte del ser querido ( $\chi^2 (3, N = 580) = 22.52, p < 0.001$ ). Las causas de muerte del fallecido que se encontraron aumentadas en porcentaje en el grupo de TDP fue suicidio (7.41%) y homicidio (7.41%) en comparación con el grupo sin TDP (2.09% y 0.95%, respectivamente). Cuando la causa de la muerte fue reportada debido a enfermedad, el tiempo del diagnóstico hasta la muerte se asoció significativamente con el TDP ( $\chi^2 (2, N = 517) = 8.49, p = 0.014$ ), reportándose mayores tasas cuando era una enfermedad aguda (59.52%) frente a una subaguda (9.52%) o crónica (30.95%). Finalmente, el experimentar una muerte súbita ( $\chi^2 (1, N = 580) = 5.26, p = 0.022$ ) y no poder despedirse ( $\chi^2 (1, N = 580) = 3.94, p = 0.047$ ) se asociaron con TDP en los estudiantes. No hubo asociaciones con el número de pérdidas experimentadas, los

sentimientos de poder haber prevenido la muerte, que la pérdida haya ocurrido durante la carrera o que hubiera ausencia de apoyo social durante el duelo de los participantes.

## **9.6 Impacto en la salud mental**

Posterior al uso de regresión logística binaria se encontró una razón de probabilidades (odds ratio, OR) para presentar TDP de 0.93 (IC 95% 0.47–1.81),  $p = 0.83$  en los estudiantes que reportaron tener antecedente de atención psicológica, y de 1.21 (IC 95% 0.48–3.02),  $p = 0.68$  entre los que reportaron antecedente de atención psiquiátrica, pero ninguno de los resultados fue significativo estadísticamente. La presencia de depresión ( $\chi^2$  (1,  $N = 580$ ) = 36.98,  $p < 0.001$ ) y riesgo suicida ( $\chi^2$  (1,  $N = 580$ ) = 73.67,  $p < 0.001$ ) al momento de la encuesta se asociaron significativamente con el TDP. Al calcular el OR para riesgo suicida en los estudiantes con TDP el resultado obtenido fue de 9.79 (IC 95% 5.37–17.84),  $p < 0.001$ , y para depresión el OR encontrado fue de 5.30 (IC 95% 2.96–9.53),  $p < 0.001$ . El riesgo suicida permaneció significativo tras los cálculos de OR al ajustarse por depresión, siendo de 6.51 (IC 95% 3.11–13.62),  $p < 0.001$ .



## 10. Discusión

Hasta el momento no existen estudios que hayan reportado la prevalencia de TDP en una muestra mexicana por lo que este hallazgo permite comparaciones con otras poblaciones y promueve investigaciones que consideren diferencias culturales. La prevalencia en nuestra muestra fue del 9.3%, muy similar a la reportada en adultos de 9.8% en el metaanálisis de Lundorff et al. (31). Esto sugiere que nuestra población podría presentar una prevalencia comparable a la documentada en adultos. Sin embargo, dado que no hay estudios de prevalencia en adultos mexicanos, no es posible una comparación directa. Se requieren estudios que examinen el TDP en adultos con antecedentes culturales similares para determinar si los estudiantes universitarios presentan tasas más altas. Una explicación alternativa es que los estudiantes universitarios en nuestra muestra no presentan tasas superiores a las previamente reportadas, posiblemente debido a factores culturales y a mínimas disparidades raciales en nuestra población en comparación con las documentadas por Glickman (9). Al aplicar los criterios de la CIE-11, la prevalencia fue del 10.5% por diferencias en el criterio temporal. Se empleó la definición del DSM-5 TR en el presente estudio porque la mayoría de los estudios previos la había usado previamente.

Al evaluar los resultados académicos los hallazgos difirieron de nuestras hipótesis. El promedio de la carrera, la frecuencia de materias reprobadas, haber repetido un curso y el tiempo aumentado para regularizar la situación académica no se asociaron con el TDP. Diferentes explicaciones pueden justificar estos hallazgos. Aunque el duelo puede afectar inicialmente las calificaciones (64), el rendimiento académico puede recuperarse a medida que los estudiantes se adaptan. Según el modelo de Tinto (65) sobre el abandono universitario, los indicadores sobre rendimiento académico en nuestra muestra no se asociaron con el TDP, pero sí lo hicieron los pensamientos de abandonar la universidad. Como la integración social (65) no se evaluó directamente en el estudio, podría ser un factor mediador importante para explorar a futuro. La asociación entre pensamientos de abandonar la universidad y un duelo con síntomas intensos y persistentes concuerda con estudios que reportan menores tasas de finalización universitaria tras un duelo prolongado (38, 39). Debido a esto se requieren investigaciones adicionales sobre los factores que influyen en el abandono universitario, tomando en cuenta que las aspiraciones académicas

y la percepción a futuro de trabajar en el área de estudio fueron similares entre los grupos en nuestra población, independientemente del diagnóstico de TDP.

Las características de la población y las circunstancias asociadas a la muerte del fallecido en estudiantes con TDP en nuestro estudio fueron similares con investigaciones previas. Al igual que en el estudio de Balk (55), el 65.6% de los estudiantes de nuestra muestra había experimentado una pérdida durante o antes de la universidad. La causa de la muerte, experimentar una muerte súbita, la historia previa de depresión, el antecedente de haber experimentado un suceso traumático, el género, el grado de cercanía con el fallecido, el parentesco y no poder despedirse se asociaron con el TDP, similar a otros estudios (9, 10, 32). Se encontró asociación entre el TDP y el diagnóstico previo de algún trastorno de la personalidad, lo cual, aunque no reportado previamente en esta población, no es inesperado dada la relación establecida entre síntomas de TDP y estilos de apego (57, 68). En contraste con hallazgos en otras poblaciones, los factores socioeconómicos no se asociaron con el TDP en nuestra muestra (80), lo que sugiere que estos factores podrían tener un impacto limitado en nuestra población. Es posible que ciertos factores socioculturales atenúen dicho efecto. Esto podría explicar por qué la ausencia de apoyo social no se asoció con TDP en nuestro estudio, a pesar de la evidencia en otras investigaciones (32, 81). Podemos hipotetizar que los factores socioculturales que pueden haber influido en disminuir el impacto socioeconómico al igual que no haber recibido apoyo social tengan que ver con la calidad de sistemas de apoyo familiar y expresiones culturales del duelo, como las observadas en el Día de los Muertos.

En este estudio, el 26.3% de los estudiantes cumplió el punto de corte del PHQ-9 para depresión, similar al 27.2% de prevalencia reportada en el metaanálisis de Rotenstein et al. (8), lo que indica un riesgo promedio de depresión en la muestra. En este resultado hay que considerar que, aunque los estudiantes no desarrollen TDP, el duelo puede contribuir a síntomas depresivos posteriores; por tanto, se necesitan estudios que comparen estudiantes con y sin pérdidas para obtener estimaciones más representativas. Al comparar con otros estudios que usaron el mismo punto de corte, la prevalencia de depresión varía entre 13% y 38%; asociándose la menor prevalencia a programas de atención en salud mental, mientras que una mayor prevalencia se asocia con factores socioculturales (82,

83). Dado que el campus estudiado cuenta con servicios de salud mental, el estigma podría ser lo que limita su efectividad y alcance. Un estudio en India reportó 26.6% de prevalencia de depresión usando el mismo instrumento y punto de corte e identificó el estigma como un factor asociado (84). Reducir el estigma en el campus, además de ofrecer programas de atención, podría disminuir la prevalencia y mejorar el bienestar estudiantil. Al ser un tema con investigación escasa el estigma en salud mental entre estudiantes universitarios mexicanos requiere mayor evaluación.

La prevalencia de riesgo suicida en nuestra muestra fue de 17.2%. Sobowale et al. (83) indicaron que la prevalencia, utilizando el ítem nueve del PHQ-9, en estudiantes universitarios era del 7.5%. En cambio, el metaanálisis de Rotenstein et al. (8) reportó una prevalencia media de 11.1%, pero basada en estudios con uso de instrumentos psicométricos validados. La diferencia podría ser explicada debido a las limitaciones del ítem nueve del PHQ-9. Chung (78) documentó que el cribado con dicho instrumento tiende a sobrediagnosticar el riesgo suicida al registrar que la prevalencia cayó de 31.6% a 11.65% cuando se evaluó a una muestra de estudiantes con la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Esta discrepancia probablemente se explica porque el ítem 9 del PHQ-9 evalúa ideación suicida y deseo pasivo de morir, cubre solo las últimas dos semanas y la puntuación es dicotómica. Por esto se requieren más estudios que utilicen instrumentos específicos para evaluar el riesgo suicida en estudiantes en duelo.

La importancia de estudiar depresión y riesgo suicida en relación con el TDP radica en su fuerte asociación. En nuestro estudio, el TDP incrementó las probabilidades de depresión (5.30; IC 95% 2.96–9.53) y de riesgo suicida (9.79; IC 95% 5.37–17.84). Estos resultados coinciden con hallazgos previos que encontraron asociaciones positivas entre el TDP, depresión y riesgo suicida (68). El riesgo suicida permaneció elevado a pesar de realizar el ajuste por depresión (OR ajustada = 6,51; IC 95% 3,11–13,62), lo que sugiere que el TDP se asocia a un aumento del riesgo suicida independientemente de la depresión. Esta relación promueve la identificación de los estudiantes con alto riesgo de TDP, ya que la falta de tratamiento podría conducir a deterioro significativo de la salud mental, del rendimiento académico y de la decisión de abandonar la universidad.

Las instituciones deben tomar en cuenta la necesidad de evaluar estos tres factores al identificar estudiantes en riesgo de TDP por su influencia entre ellos. Enfatizamos "activamente" porque, en nuestro contexto, haber acudido a atención psicológica o psiquiátrica no se asoció con reducción de estos riesgos. Debería implementarse un cribado rutinario para TDP en las instituciones, especialmente entre estudiantes con factores de riesgo como lo son la pérdida de un familiar (particularmente de un progenitor), muerte por suicidio u homicidio del fallecido, experimentar una muerte súbita, historia de depresión previa, antecedente de algún trastorno de la personalidad o haber experimentado un evento traumático. Adicionalmente, la evaluación de depresión y riesgo suicida deberían realizarse de forma rutinaria en estudiantes identificados como de alto riesgo para TDP. Una vez identificados, los tratamientos deben incorporar elementos de exposición, apoyo social, reconstrucción narrativa, expresión artística y técnicas cognitivo-conductuales (85).

## **10.1 Limitaciones**

Diversas limitaciones deben ser consideradas en este estudio, de manera que los resultados deben interpretarse con precaución. Una limitación es el tamaño de la muestra que, aunque fue razonable ( $N = 580$ ), el número de estudiantes con diagnóstico de TDP ( $n = 54$ ) puede ser insuficiente para análisis más detallados. No obstante, y dada la escasez de investigaciones previas en esta población, el estudio aborda una brecha importante en la literatura. Asimismo, pueden existir variables de confusión no consideradas que afecten tanto las asociaciones observadas y las estimaciones de riesgo.

El diseño transversal impide establecer la direccionalidad entre el TDP y los pensamientos sobre abandonar la universidad. Es posible que el TDP influya a que los estudiantes tengan pensamientos sobre abandonar la carrera, o que dichos pensamientos aumentan el riesgo de TDP. Se requieren estudios longitudinales para ampliar estas observaciones y analizar el desarrollo de TDP a través del tiempo, así como su influencia sobre los resultados académicos y en la salud mental de estudiantes.

Otra limitación es el uso de medidas dicotómicas de ítem único, lo que pudo reducir la profundidad de la evaluación. La dependencia en autoinformes también es un factor que considerar, ya que tales herramientas podrían introducir sesgos. Otros estudios podrían enfocarse en el uso de medidas más comprensivas para valorar TDP, como evaluaciones clínicas, para superar esta limitante. Además, la estrategia de muestreo no aleatorio- aunque se buscó extraer el 5% de la población del campus de salud para mejorar la proporcionalidad- pudo haber omitido factores relevantes con influencia en los resultados. Sin embargo, el muestreo no probabilístico es similar con la mayor parte de estudios realizados en esta línea.

Complementariamente, serían útiles estudios cualitativos para explorar las experiencias vividas de estudiantes en duelo y el papel de factores socioculturales en sus procesos de afrontamiento. Finalmente, se necesitan estudios de intervención para evaluar la efectividad de distintos tratamientos dirigidos al TDP en estudiantes universitarios.

## **11. Conclusión**

A manera de conclusión el presente trabajo aporta información significativa sobre el trastorno por duelo prolongado en estudiantes universitarios del norte de México, encontrando una prevalencia de TDP del 9.3%. Un hecho a destacar ya que no se cuentan con previos reportes de prevalencia en ningún grupo o población mexicana de TDP. A pesar de que el TDP no se asoció con disminución del promedio académico o mayor tiempo para regularizarse tras reprobado, sí se encontró asociado con mayor riesgo de sufrir depresión y suicidio en los estudiantes universitarios, al igual que a tener un aumento en los pensamientos sobre abandonar la universidad. Estas observaciones resaltan la importancia de evaluar el TDP en estudiantes universitarios en riesgo y llevar a cabo intervenciones enfocadas en sus dificultades. Es responsabilidad de las universidades jugar un papel activo en la detección y el acompañamiento de aquellos estudiantes que presentan duelo prolongado, asegurando intervenciones eficaces. Para esto es necesario comprender mejor la progresión del TDP a través del tiempo y su efecto en el desempeño académico y la salud mental de los estudiantes, por lo que también hacen falta estudios longitudinales que incorporen factores socioculturales.

## **12. Aspectos bioéticos**

Debido a estudiar personas vulnerables, como lo son los estudiantes universitarios, se siguieron diversos protocolos para asegurar su protección. Siguiendo los lineamientos nacionales de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud y la NOM-012-SSA3-2012, se consideró el riesgo de esta investigación como riesgo mínimo al incluir cuestionarios sobre información sensible. Debido a esto se realizó un proceso de consentimiento informado previo al llenado de la encuesta. Dicho proceso estuvo diseñado para salvaguardar los principios éticos internacionales en investigación en humanos de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

Los consentimientos informados se obtuvieron de forma escrita previo a contestar la encuesta. Las personas que fungieron como testigos fueron personas externas a la investigación. El proceso de consentimiento informado estuvo a cargo del equipo de investigación con el objetivo de asegurar la comprensión de los estudiantes sobre el proyecto de investigación, sus riesgos, propósito, beneficios e información general. Se les otorgó una copia del consentimiento a los estudiantes al finalizar el proceso. En la misma encuesta se incluyó el aviso de privacidad y un breve resumen del consentimiento informado. Durante cualquier momento del proceso los estudiantes podían rechazar continuar contestando la encuesta.

Se siguieron los lineamientos de la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares sobre la confidencialidad de los datos del participante. No se solicitó nombre completo, domicilio, matrícula, teléfono o algún otro con el fin de proteger identificación de los estudiantes. Solo los investigadores del estudio tuvieron acceso a los datos de los participantes. La única forma de identificación fue por medio del correo. Se les solicitó escribir un correo en el formato escrito y en la encuesta para asegurar que los participantes hayan consentido su participación y facilitar el proceso de contacto en caso necesario. Solo el investigador sin funciones administrativas o asociadas al campus tuvo acceso a los correos y se encargó de contactar a los estudiantes que presentaron datos de riesgo. Se resguardarán los datos por 72 meses, como lo dicta la ley federal, posterior la finalización del proyecto en septiembre 2025.

Después del análisis de datos se identificaron 100 estudiantes con riesgo suicida por lo que fueron los primeros en ser contactados para abordaje y evaluación. Otros 18 adicionales con depresión severa y 54 con trastorno de duelo prolongado a los que se les invito a recibir evaluación y tratamiento gratuito por 6 meses. Los tratamientos se adaptaron a las necesidades de los estudiantes incluyendo psicoterapia, control farmacológico o terapia grupal.

Se evitó el uso de incentivos económicos o beneficios escolares para evitar la coerción de estudiantes. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para su realización con el registro **PS24-00007**.



## 13. Anexos

### 13.1 Formato de consentimiento informado

<b>Título del Estudio</b>	Prevalencia de duelo prolongado en estudiantes universitarios y su relación con el desempeño académico y salud mental
<b>Nombre del Investigador Principal</b>	Dr. med Pablo Patricio Zarate Garza
<b>Servicio / Departamento</b>	Psiquiatría
<b>Teléfono de Contacto (24 horas)</b>	+52 (81) 86876715
<b>Persona de Contacto</b>	Dr. med Pablo Patricio Zarate Garza
<b>Versión de Documento</b>	1.0
<b>Fecha de Documento</b>	Julio 2024

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que Usted hará si decide participar, y la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud.

Puede contener palabras que Usted no entienda. Por favor solicite a su médico o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

#### 1.-¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El propósito de este estudio es identificar si los síntomas relacionados a perder un ser querido que persisten en el tiempo influyen en el rendimiento académico y salud mental de los estudiantes. Se le solicita participar para poder obtener datos generales sobre usted, sobre la escuela y síntomas actuales para su análisis posterior a través de una encuesta. La investigación en la que usted participará es importante porque los resultados pueden influir en generar programas para atender dificultades en duelos de los estudiantes universitarios, así como obtener datos de nuestro país y región que nos permitan tener información sobre nuestra propia población.

## **2.-¿CUÁL SERÁ LA DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUÁNTOS PARTICIPANTES HABRÁ EN ESTE ESTUDIO?**

La duración total del estudio será de 10 meses. Sin embargo, su participación será solo de aproximadamente 12min al llenar una encuesta online, la cual se le proporcionará acceso tras haber entendido, aceptado y firmado este consentimiento. Se espera que este estudio incluya 896 estudiantes de las facultades del área de sector salud de la UANL

## **3.-¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?**

Para poder participar debe estar inscrito en alguna facultad del área del sector salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León (odontología, nutrición, medicina, psicología o enfermería). Se debe tener más de 18 años, sexo indistinto y que haya experimentado un fallecimiento de una persona cercana. No se incluirán estudiantes fuera del área del sector salud de la UANL o que no estén activos.

## **4.-¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO?**

En este estudio no se someterá a ningún tratamiento, se trata de un estudio de recabar información una sola vez.

## **5.-¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?**

El procedimiento que realizará será contestar una encuesta online la cual incluye varias secciones con un tiempo de llenado de 12min aproximadamente. La primera sección consiste en responder datos generales sobre usted, datos demográficos, seguido de un cuestionario sobre aspectos académicos sobre dificultades y su promedio de carrera. La siguiente sección esta relacionada a un cuestionario sobre fallecimientos de personas cercanas, enfocándose en la persona que tiene mayor impacto actualmente. Se preguntará

sobre síntomas generales actuales y relacionadas al duelo por dicha persona. Posteriormente se te pedirá contestar el Inventario de Duelo Complicado, la cual es una escala que evalúa el impacto actual del fallecimiento de un ser querido y que tanto impacto tiene en diferentes áreas de su vida. Adicionalmente se te solicitará que contestes una escala de síntomas psiquiátricos. Finalmente, se te pedirá que escribas tu correo. Esto para garantizar que finalizaste la encuesta posterior al proceso de consentimiento informado. Después de finalizar la encuesta terminarás tu participación en el estudio.

#### **6.-¿QUÉ VA A HACER SI USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Lo que tiene que realizar es contestar una encuesta online sobre el duelo de un ser querido y sobre temas estudiantiles sobre su situación actual en su facultad. El tiempo que se tomará será de aproximadamente 12 min para su llenarla. Es importante que comunique todas sus dudas al personal que está encargado de apoyarlo con este proceso de consentimiento.

#### **7.-¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?**

Los principales riesgos asociados son del carácter psicológico. Esto debido a que podría haber preguntas que ocasionen recuerdos difíciles, emociones desagradables o recuerdos inesperados. Que se encuentre preguntas que sea sobre información que normalmente no compartiría. De ninguna manera el estudio tiene un riesgo físico.

#### **8.-¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?**

Su participación en el estudio puede ofrecerle reflexión sobre información asociada a duelos de seres queridos. Igualmente, en el análisis de resultados, si se llegará a encontrar datos de severidad actual se usará el correo que deje para contactarlo y así ofrecerle un tratamiento psicoterapéutico grupal enfocado en duelo sin costo alguno. Además, si se identifican otros síntomas de alarma se les brindará evaluación gratuita.

Su participación puede ayudar al campo médico a entender mejor las consecuencias de síntomas persistentes de un fallecimiento, que limitan el funcionamiento diario en momentos críticos como es la universidad.

**9.-¿QUÉ OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS PODRÍAN ESTAR DISPONIBLES PARA USTED?**

Usted no tiene que participar en este estudio de investigación si no lo desea. Sin embargo, no hay formas alternas de conocer la relación que tiene el desempeño académico con el fallecimiento de un ser querido a menos que se respondan cuestionarios dirigidos a lo mismo.

**10.-¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?**

No habrá costos para Usted por participar en este estudio. No se realizarán pruebas o procedimientos físicos en el mismo. Los gastos de atención médica o psiquiátrica habitual que tenga seguirán siendo cubiertas por usted.

**11.-¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?**

No se le proporcionará ningún tipo de compensación económica por gastos de transportación

**12.-¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?**

No se le proporcionará a usted pago por su participación en el estudio

**13.- ¿SE ALMACENARÁN MUESTRAS DE SANGRE O TEJIDOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES?**

Este estudio no requerirá almacenar muestras de sangre o tejidos

#### **14.-¿QUÉ DEBE HACER SI LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Si Usted sufre una lesión o enfermedad durante su participación en el estudio, debe informárselo inmediatamente al médico que esta frente a usted para orientarlo a la Institución de salud que debe acudir para buscar tratamiento, en caso de que sea una emergencia buscar tratamiento a través de su médico de cabecera o centro de atención médica de elección.

Los gastos que genere dicha lesión o enfermedad sólo le serán pagados si el médico del estudio ha decidido que la lesión / enfermedad está directamente relacionada con los procedimientos del estudio, y no es el resultado de una condición pre-existente de la progresión normal de su enfermedad, o porque no se han seguido las indicaciones que el médico de estudio ha recomendado.

Si ocurre una lesión o enfermedad posterior a su finalización del estudio debe comunicarse al 8186876715 para informarlo y se procederá de la misma manera que en el momento de contestar la encuesta.

#### **15.-¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?**

Si decide participar en este estudio, Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, incluyendo la decisión de continuar o no su participación en el estudio. Usted es libre de terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

#### **16.- ¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?**

Su participación es estrictamente voluntaria. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento y deberá notificarlo por escrito al investigador principal de este estudio. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo.

Su participación también podrá ser suspendida o terminada por el médico del estudio, sin su consentimiento, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Que el estudio haya sido cancelado.
- Que el médico considere que es lo mejor para Usted.
- Que necesita algún procedimiento o medicamento que interfiere con esta investigación.
- Que no ha seguido las indicaciones del médico lo que pudiera traer como consecuencias problemas en su salud.

Si Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Notificar al médico que le ayuda en este proceso de consentimiento informado
- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio se da por terminada, por cualquier razón, por su seguridad, el médico continuará con seguimientos clínicos. Además, su información médica recabada hasta ese momento podrá ser utilizada para fines de la investigación.

#### **17.- ¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?**

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación.

Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley. Solo se pedirá su correo para verificar que haya firmado su consentimiento informado previo al llenado de la encuesta, pero no será usado de ninguna forma como medio de identificación.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo con la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo con las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico.

La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de reportes de seguridad, incluyendo agencias reguladoras locales (Secretaria de Salud SSA a través de la COFEPRIS), así como al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como la Secretaria de Salud y el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación de nuestra Institución, podrán inspeccionar su expediente clínico, incluso los datos que fueron recabados antes del inicio de su participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio u otra información personal.

En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de parte o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como sujeto en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información médica personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.

Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

#### **18.- SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?**

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. Óscar de la Garza Castro**, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic. Jaime Iván Aponte Vázquez** en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

**Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.**

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n



Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.

CP 64460

Teléfonos: 8183294050 ext. 2870 a 2874

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

En caso de alguna pregunta relacionada al protocolo de investigación podrá contactar al **Dr. med Pablo Patricio Zarate Garza**, investigador principal del protocolo.

**Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.**

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n

Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.

CP 64460

Teléfonos: (81) 84016525

Correo electrónico: [pzarateg@uanl.edu.mx](mailto:pzarateg@uanl.edu.mx)

## **RESUMEN CONSENTIMIENTO**

### **PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN**

- ☐ Mi participación es completamente voluntaria.
- ☐ Confirmo que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.
- ☐ Confirmo que se me ha explicado el estudio, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha dado el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación. Sé con quién debo comunicarme si tengo más preguntas.

- ☐ Entiendo que las secciones de mis anotaciones médicas serán revisadas cuando sea pertinente por el Comité de Ética en Investigación o cualquier otra autoridad regulatoria para proteger mi participación en el estudio.
- ☐ Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.
- ☐ Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio.
- ☐ Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico.
- ☐ Confirmo que se me ha entregado un duplicado de este documento de consentimiento firmado.

---

Nombre del Sujeto de Investigación

---

Firma

---

Fecha

---

Correo

-----

**PRIMER TESTIGO**

---

Nombre del Primer Testigo

---

Firma

---

Dirección

---

Fecha

---

Relación con el Sujeto de Investigación

---

**SEGUNDO TESTIGO**

---

Nombre del Segundo Testigo

---

Firma

---

Dirección

---

Fecha

---

Relación con el Sujeto de Investigación

**PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO**

He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

---

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento

---

Firma

---

Fecha

## 13.2 Inventario de duelo prolongado

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer cosas como las hacía normalmente					
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan					
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida					
4. Anhelo a la persona que murió					
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida					
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte					
7. No me puedo creer que haya sucedido					
8. Me siento aturdido por lo sucedido					
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente					
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban					
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció					
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió					
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió					
14. Siento que la vida esta vacía sin la persona que murió					

15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome					
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí					
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto					
18. Siento amargura por la muerte de esa persona					
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano					

### 13.3 Escala de ajuste social y laboral

	No afectada (0)	1	2	3	4	5	6	7	Muy severamente (8)
1. Debido a síntomas relacionados a mi pérdida mi habilidad en la escuela está afectada									
2. Debido a síntomas relacionados a mi pérdida las tareas del hogar (limpiar, planchar, comprar, cuidar a otro, pagar servicios o cocinar) están afectadas									
3. Debido a síntomas relacionados a mi pérdida mis actividades sociales (salir, visitar, ir a fiestas, bares o entretenerse con otros) están afectados									
4. Debido a síntomas relacionados a mi pérdida mis actividades de ocio (leer, jardinería, coleccionar, costura, caminar, ejercitar, actividades solo) están afectadas									
5. Debido a síntomas relacionados a mi pérdida mi habilidad para formar y mantener relaciones cercanas con otros, incluyendo con quien vivo, está afectada									

### 13.4 Patient health questionnaire 9

Durante las últimas 2 semanas ¿qué tan seguido has tenido molestias debido a lo siguiente?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse decaído (a), deprimido (a) o sin esperanza				
3. Dificultad para quedarse o permanecer dormido (a) o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado (a) o con poca energía				
5. No sentir apetito o comer en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo (a), o que es un fracaso o ha quedado mal con usted mismo (a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad de concentrarse en ciertas actividades como leer o ver la televisión				
8. Movido o hablado mas lento de lo habitual que otros lo han notado, o lo contrario inquieto o agitado (a) moviéndose mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que estaría mejor estar muerto (a) o lastimarse de alguna manera				

## 14. Referencias

1. Nielsen MK, Carlsen AH, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*. Julio de 2019; 232:460-9. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.10.007
2. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;83(5):1150-64. DOI: 10.1037//0022-3514.83.5.1150
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ta ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. World Health Organization. Prolonged grief disorder. En: *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. 11va ed. [citado 20 agosto 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
5. Salloum A, Bjoerke A, Johnco C. The Associations of Complicated Grief, Depression, Posttraumatic Growth, and Hope Among Bereaved Youth. *Omega (Westport)*. Junio de 2019;79(2):157–73.
6. Fisher, J. E., Zhou, J., Blumhorst, A. L., Ogle, C. M., Sumberg, L., & Cozza, S. J. (2024). Pathways between grief, depression, hopelessness, reasons for living, and suicidal ideation in bereaved individuals. *Journal of Psychiatric Research*, 179, 351–359. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.08.033>
7. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. Mayo de 2000;55(5):469-80.
8. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6 de diciembre de 2016;316(21):2214. DOI: 10.1001/jama.2016.17324



9. Glickman K. Prolonged Grief Disorder in a Diverse College Student Sample. *Front Psychol.* Enero de 2021 11; 11:604573. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.604573
10. Bhaskaran J, Afifi TO, Sareen J, Vincent N, Bolton JM. A cross-sectional examination of sudden-death bereavement in university students. *Journal of American College Health.* 24 de julio de 2023;71(6):1696-704. DOI: 10.1080/07448481.2021.1947298
11. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am J Psychiatry.* Junio de 1994;151(6 Suppl):155-60. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>
12. Gyulay JE. Grief responses. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 1989;12(1):1-31. DOI: 10.3109/01460868909038028.
13. Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes.* marzo de 2012;75(1):76–97. DOI: 10.1521/psyc.2012.75.1.76
14. McLean E, Singer J, Laurita E, Kahler J, Levin C, Papa A. Perception of grief responses: Are maladaptive grief responses and the stages of grief considered normal? *Death Studies.* 3 de julio de 2022;46(6):1414–23. DOI: 10.1080/07481187.2021.1983890
15. O'Connor MF, Schultze-Floreay CR, Irwin MR, Arevalo JMG, Cole SW. Divergent gene expression responses to Complicated Grief and Non-complicated Grief. *Brain, Behavior, and Immunity.* Marzo de 2014; 37:78–83. DOI: 10.1016/j.bbi.2013.12.017
16. Hopf D, Eckstein M, Aguilar-Raab C, Warth M, Ditzen B. Neuroendocrine mechanisms of grief and bereavement: A systematic review and implications for future interventions. *J Neuroendocrinology.* agosto de 2020;32(8):e12887. DOI: 10.1111/jne.12887
17. Boyle PJ, Feng Z, Raab GM. Does Widowhood Increase Mortality Risk?: Testing for Selection Effects by Comparing Causes of Spousal Death. *Epidemiology.* enero de 2011;22(1):1–5. DOI: 10.1097/EDE.0b013e3181fdcc0b

18. Kübler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 4. ed. Traducción de Neri Daurella. Barcelona: Grijalbo; 1993. ISBN: 84-253-2445-9.
19. Parkes CM, Prigerson HG, editors. Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. 4th ed. Londres: Routledge; 2010. ISBN: 978-0-415-45118-5
20. Sanders C. M. Grief: the mourning after. 2nd ed. New York: Wiley; 1998. ISBN 978-0471127772
21. Worden J. W. El tratamiento del duelo. 5th ed. Traducción de Diéguez Remedios. Barcelona: Editorial Planeta; 2022. ISBN 978-84-493-3989-9
22. Rubin SS. The two-track model of bereavement: overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*. Noviembre de 1999;23(8):681–714. DOI: 10.1080/074811899200731
23. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. Diciembre de 2007;370(9603):1960–73. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
24. Hartz GW. Adult grief and its interface with mood disorder: Proposal of a new diagnosis of complicated bereavement. *Comprehensive Psychiatry*. Enero de 1986;27(1):60–4. DOI: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90070-2](https://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90070-2)
25. Kim K, Jacobs S. Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*. Abril de 1991;21(4):257–63. DOI: 10.1016/0165-0327(91)90005-d
26. Zisook S, Lyons L. Bereavement and Unresolved Grief in Psychiatric Outpatients. *Omega (Westport)*. Junio de 1990;20(4):307–22. DOI: <https://doi.org/10.2190/A4U5-T46H-B0HJ-DBRQ>
27. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. Brayne C, editor. *PLoS Med*. 4 de agosto de 2009;6(8). DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.
28. Zachar P, First MB, Kendler KS. Prolonged Grief Disorder and the DSM: A History. *J Nerv Ment Dis*. Mayo de 2023;211(5):386–92. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001618

29. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*. Noviembre de 1995;59(1-2):65-79. DOI: 10.1016/0165-1781(95)02757-2
30. Rosner R, Comtesse H, Vogel A, Doering BK. Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*. Mayo de 2021;287:301-7. DOI: 10.1016/j.jad.2021.03.058
31. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Abril de 2017; 212:138-49. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.030
32. Specht F, Vöhringer M, Knaevelsrud C, Wagner B, Stammel N, Böttche M. Prolonged grief disorder in Arabic-speaking treatment-seeking populations: Relationship with socio-demographic aspects, loss- and trauma-related characteristics, and mental health support. *Front Psychiatry*. Septiembre de 2022 15; 13:933848. DOI: 10.3389/fpsy.2022.933848
33. Glickman K, Shear MK, Wall MM. Mediators of Outcome in Complicated Grief Treatment. *J Clin Psychol*. Julio de 2017;73(7):817–28. DOI: 10.1002/jclp.22384
34. Pasternak RE, Reynolds CF 3rd, Schlernitzauer M, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR, Perel JM. Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry*. Julio de 1991;52(7):307-10.
35. Bonanno GA, Malgaroli M. Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depress Anxiety*. Enero de 2020;37(1):17-25. DOI: 10.1002/da.22902
36. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds CF, Simon N, Lebowitz B, Zisook S. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depress Anxiety*. Enero de 2020;37(1):90–8. DOI: 10.1002/da.22965
37. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*

- Psychiatry. 1 de noviembre de 2014;71(11):1287. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1242
38. Lytje M. Voices We Forget—Danish Students Experience of Returning to School Following Parental Bereavement. *Omega (Westport)*. Noviembre de 2018;78(1):24-42. DOI: 10.1177/0030222816679660
  39. Gertler P, Levine DI, Ames M. Schooling and Parental Death. Review of Economics and Statistics. Febrero de 2004;86(1):211-25. DOI: 10.1162/003465304323023769
  40. Case A, Ardington C. The impact of parental death on school outcomes: Longitudinal evidence from South Africa. *Demography*. Agosto de 2006 1;43(3):401-20. DOI: 10.1353/dem.2006.0022
  41. Jenkins Esther, Wang Edward, Turner Larry. Beyond community violence: loss and traumatic grief in African American elementary school children. *Journal of child and adolescent trauma*, 2014. 27-36. DOI:10.1007/s40653-014-0001-4
  42. Berg L, Rostila M, Saarela J, Hjern A. Parental Death During Childhood and Subsequent School Performance. *Pediatrics*. 2014 Apr 1;133(4):682-9. DOI: 10.1542/peds.2013-2771
  43. Abdelnoor A, Hollins S. The effect of childhood bereavement on secondary school performance. *Educational Psychology in Practice*. Marzo de 2004;20(1):43–54. DOI:10.1080/0266736042000180401
  44. Hay A, Rudaizky D, Howell JA, Breen LJ. Well-Being and Academic Experiences in Bereaved University Students. *Omega (Westport)*. 17 de mayo 2025;00302228251342435. DOI: 10.1177/00302228251342435
  45. Varga MA. A Quantitative Study of Graduate Student Grief Experiences. *Illness, Crisis & Loss*. Julio de 2016;24(3):170–86. DOI: <https://doi.org/10.1177/105413731558970>
  46. Oosterhoff B, Kaplow JB, Layne CM. Links between bereavement due to sudden death and academic functioning: Results from a nationally representative sample of adolescents. *School Psychology Quarterly*. Septiembre de 2018;33(3):372–80. DOI: 10.1037/spq0000254

47. Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131–147. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00184-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00184-6)
48. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. Diciembre de 2007;370(9603):1960–73. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
49. Seah CH, Wilson A. A Phenomenological Study of University Students' Grieving Experiences. *Illness, Crisis & Loss*. Enero de 2011;19(1):3–25. DOI: <https://doi.org/10.2190/IL.19.1.b>
50. Ebert DD, Mortier P, Kahlke F, Bruffaerts R, Baumeister H, Auerbach RP, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psych Res*. Junio de 2019;28(2):e1782. DOI: 10.1002/mpr.1782
51. Liew CH, Servaty-Seib HL. College student grief, grief differences, family communication, and family satisfaction. *Death Studies*. 21 de abril de 2018;42(4):228–38. DOI: 10.1080/07481187.2017.1334014
52. Breen LJ, Greene D, Rees CS, Black A, Cawthorne M, Egan SJ. A co-designed systematic review and meta-analysis of the efficacy of grief interventions for anxiety and depression in young people. *Journal of Affective Disorders*. Agosto de 2023;335:289–97. DOI: 10.1016/j.jad.2023.05.032
53. Arnett JJ, Žukauskienė R, Sugimura K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*. Diciembre de 2014;1(7):569-76. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00080-7
54. Rodríguez-Sáez JL, Martín-Antón LJ, Salgado-Ruiz A, Carbonero-Martín MÁ. Emerging adulthood, socioemotional variables and mental health in Spanish university students. *BMC Psychol*. 20 de mayo de 2025;13(1):531. DOI: 10.1186/s40359-025-02804-y

55. Balk DE, Walker AC, Baker A. Prevalence and Severity of College Student Bereavement Examined in a Randomly Selected Sample. *Death Studies*. 15 de abril de 2010;34(5):459-68.
56. Price MJ, Wachsmuth LP, Ferguson KA, Robbins-Welty GA, Riordan PA, Pieper CF, et al. Grief in Medical Students: The Short and Long-Term Impacts on Health and Well-Being. *Am J Hosp Palliat Care*. Febrero de 2022;39(2):196-204. DOI: 10.1080/07481180903251810
57. Smigelsky MA, Bottomley JS, Relyea G, Neimeyer RA. Investigating risk for grief severity: Attachment to the deceased and relationship quality. *Death Studies*. 2 de julio de 2020;44(7):402-11. DOI: 10.1080/07481187.2018.1548539
58. Tureluren E, Claes L, Andriessen K. Help-seeking behavior in bereaved university and college students: Associations with grief, mental health distress, and personal growth. *Front Psychol*. Agosto de 2022 3;13:963839. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.963839
59. Cupit IN, Servaty-Seib HL, Tedrick Parikh S, Walker AC, Martin R. College and the grieving student: A mixed-methods analysis. *Death Studies*. Septiembre de 2016 13;40(8):494-506. DOI: 10.1080/07481187.2016.1181687
60. Cousins C, Servaty-Seib HL, Lockman J. College Student Adjustment and Coping: Bereaved and Nonbereaved Students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2017;74(4):386-409. <https://doi.org/10.1177/0030222815598911>
61. Cupit IN, Wilson-Doenges G, Barnaby L, Kowalski DZ. When college students grieve: New insights into the effects of loss during emerging adulthood. *Death Studies*. Octubre de 2022 21;46(9):2123-33. DOI: 10.1080/07481187.2021.1894510
62. Thyden NH, Slaughter-Acey J, Widome R, Warren JR, Osypuk TL. Family deaths in the early life course and their association with later educational attainment in a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*. Septiembre de 2023;333:116161. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116161

63. Høeg BL, Johansen C, Christensen J, Frederiksen K, Dalton SO, Bøge P, et al. Does losing a parent early influence the education you obtain? A nationwide cohort study in Denmark. *Journal of Public Health*. Junio de 2019 1;41(2):296-304. DOI: 10.1093/pubmed/fdy070
64. Servaty-Seib HL, Hamilton LA. Educational Performance and Persistence of Bereaved College Students. *csd*. Marzo 2006;47(2):225-34. <https://doi.org/10.1353/csd.2006.0024>
65. Tinto V. Dropout from Higher Education: A Theoretical Synthesis of Recent Research. *Review of Educational Research*. 1975;45(1):89. <https://doi.org/10.2307/1170024>
66. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Johannsen M, Nielsen LD, O'Connor M. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*. Abril de 2021;4:100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
67. Frumkin MR, Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Ahmad Z, Bui E, Nock MK, et al. The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *J Clin Psychol*. Enero de 2021;77(1):254-67. DOI: 10.1002/jclp.23024
68. Sekowski M, Prigerson HG. Associations between symptoms of prolonged grief disorder and depression and suicidal ideation. *British J Clinic Psychol*. noviembre de 2022;61(4):1211–8. DOI: 10.1111/bjc.12381
69. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024/default.html>
70. Carmassi C, Shear MK, Massimetti G, Wall M, Mauro C, Gemignani S, et al. Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*. Julio de 2014;55(5):1322-9. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.03.001

71. Limonero J, Lacasta M, García J, Méndez J, Prigerson H. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*. 2009;16:291-297.
72. Hafner J, Marks I. Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. *Psychol Med*. Febrero de 1976;6(1):71-88. DOI: 10.1017/s0033291700007510
73. Vázquez Morejón AJ, Vázquez-Morejón R, Conde Álvarez P. Work and Social Adjustment Scale (WSAS): psychometric characteristics of a Spanish adaptation in a clinical population. *Behav Cogn Psychother*. Noviembre de 2021;49(6):764-8. DOI: 10.1017/S1352465821000308
74. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. Septiembre de 2001;16(9):606-13. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
75. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study: PHQ-9 Validity for Depression Diagnosis. *J Clin Psychol*. Septiembre de 2017;73(9):1076-90. DOI: 10.1002/jclp.22390
76. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*. Febrero de 2012 21;184(3):E191-6. DOI: 10.1503/cmaj.110829
77. Rossom RC, Coleman KJ, Ahmedani BK, Beck A, Johnson E, Oliver M, et al. Suicidal ideation reported on the PHQ-9 and risk of suicidal behavior across age groups. *Journal of Affective Disorders*. Junio de 2017;215:77-84. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.037
78. Chung TH, Hanley K, Le YC, Merchant A, Nascimento F, De Figueiredo JM, et al. A validation study of PHQ-9 suicide item with the Columbia Suicide Severity Rating Scale in outpatients with mood disorders at National Network of Depression Centers. *Journal of Affective Disorders*. Enero de 2023;320:590-4. DOI: 10.1016/j.jad.2022.09.131



79. Kim S, Lee HK, Lee K. Which PHQ-9 Items Can Effectively Screen for Suicide? Machine Learning Approaches. IJERPH. Marzo de 2021 24;18(7):3339. DOI: 10.3390/ijerph18073339
80. Al-Gamal E, Saeed SB, Victor A, Long T. Prolonged Grief Disorder and Its Relationship With Perceived Social Support and Depression Among University Students. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. Febrero de 2019;57(2):44-51. DOI: 10.3928/02793695-20181023-03
81. Lipp SL, O'Brien KM. Bereaved College Students: Social Support, Coping Style, Continuing Bonds, and Social Media Use as Predictors of Complicated Grief and Posttraumatic Growth. Omega (Westport). Mayo de 2022;85(1):178-203. DOI: 10.1177/0030222820941952
82. Youssef FF. Medical Student Stress, Burnout and Depression in Trinidad and Tobago. Acad Psychiatry. Febrero de 2016;40(1):69-75. DOI: 10.1007/s40596-015-0468-9
83. Sobowale K, Zhou AN, Fan J, Liu N, Sherer R. Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. Int J Med Educ. Febrero de 2014 15;5:31-6. DOI: 10.5116/ijme.52e3.a465
84. Vankar JR, Prabhakaran A, Sharma H. Depression and Stigma in Medical Students at a Private Medical College. Indian Journal of Psychological Medicine. Julio de 2014;36(3):246-54. DOI: 10.4103/0253-7176.135372
85. Pleshka A, Crawford S, Wellsby M, Bahji A, O'Connor C, Trieu J, et al. Treatments for Prolonged Grief Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Omega (Westport). 4 de Agosto de 2025 DOI: 10.1177/00302228251364716