



Duelo y depresión

**Trabajo final de grado
Monografía**

Autora: Tamara Sosa Rodríguez 5.557.927-8

Tutora: Asist. Mag. Valentina Paz

Revisora: Prof. Adj. Dra. Pilar Bacci

Montevideo, Febrero 2025.

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
1. Duelo.....	6
1.1 Conceptualización.....	6
1.2 Duración y fases.....	8
1.3 Tipos de duelo.....	10
1.4 Intervenciones en el duelo.....	14
2. Depresión.....	16
2.1 Conceptualización de la depresión.....	16
2.2 Epidemiología de la depresión.....	18
2.3 Etiología de la depresión.....	19
2.4 Tratamientos de la depresión.....	23
3. Duelo y depresión.....	25
3.1 Duelo patológico y depresión.....	29
3.2 Controversias sobre el diagnóstico diferencial.....	35
4.Conclusiones.....	39
Referencias.....	41

Agradecimientos

A los lazos que construí en este camino personal y formativo, quienes hicieron el transcurso más especial y enriquecedor.

A todos mis docentes, en especial a mi tutora quien me acompaña desde mi primer contacto con la clínica e hizo este proceso posible.

A mi familia, gran parte de mí. A mi padre, no nos alcanzó el tiempo pero sé que llevo mucho de ti. A mi madre, quien me formó y supo siempre cómo brindarme la guía, el amor y el sostén necesarios. A mis abuelos, aún sin estar los llevo conmigo siempre.

Resumen

El duelo constituye una reacción natural o esperable ante una pérdida, muchas veces externalizada como sufrimiento y aflicción. Al comienzo del proceso de duelo ocurre con frecuencia un conjunto de reacciones emocionales que se presentan de forma aguda y disruptiva, pero con el pasar del tiempo y los procesos psicológicos pertinentes, se espera una adecuada integración al psiquismo de esta emocionalidad. Lo problemático del duelo aparece cuando esta integración se vuelve difícil o inviable, allí se elaboraría un proceso desadaptativo conocido como duelo complicado. La depresión se compone de la presencia de una serie de síntomas como el estado de ánimo deprimido y la disminución del interés o placer en actividades antes disfrutables. Aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión, lo que lleva a considerarla como un problema de salud pública y una de las principales causas de discapacidad a nivel global. La presente monografía tiene como objetivo revisar, analizar, sistematizar e integrar la literatura existente acerca del duelo, la depresión y las vinculaciones entre ambos constructos. Es frecuente que la depresión inicie con un duelo, pero es importante no psicopatologizar los duelos normales. Ambos constructos comparten similitudes en cuanto a la sintomatología, volviendo necesario un diagnóstico diferencial para un correcto tratamiento. Resulta relevante su estudio y sistematización por la elevada prevalencia en la clínica, y en el ámbito general de la salud mental, de la depresión, y las pérdidas que resultan complejas de elaborar, llevando muchas veces a una patologización del duelo y una depresión concomitante.

Palabras clave: Duelo, Depresión, Patologización.

Abstract

Grief is a natural or expected reaction to loss, often externalized as suffering and distress. Frequently, at the beginning of the grieving process, this set of emotional reactions occurs acutely and disruptively. However, over time and with the appropriate psychological processes, it is expected to be adequately integrated into the psyche. The issue with grief arises when this integration becomes difficult or unfeasible, leading to a maladaptive process known as complicated grief. Depression is characterized by the presence of various symptoms, such as a depressed mood and a diminished interest or pleasure in activities. Approximately 280 million people worldwide suffer from depression, making it a public health concern and one of the leading causes of disability globally. This monograph aims to review, analyze, systematize, and integrate existing literature on grief, depression, and the connections between these two constructs. Although depression often begins with grief, it is important to avoid pathologizing normal grieving processes. Both constructs share similarities in symptomatology, making a differential diagnosis necessary for appropriate treatment. Studying and systematizing these topics is essential due to the high prevalence of depressive disorders in clinical settings and the broader mental health field, as well as the complexity of processing loss, which often leads to the pathologization of grief and the concurrent development of depression.

Keywords: Grief, Depression, Pathologization.

Introducción

La presente monografía, en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, se propone revisar y analizar la bibliografía existente sobre el duelo, la depresión, y las interacciones entre ambos constructos. La temática resulta relevante por la elevada prevalencia clínica tanto de la depresión, como de los procesos de duelo que suelen tener lugar a lo largo de la vida. Se espera que este trabajo pueda contribuir al conocimiento sobre el duelo, la depresión y en especial, la vinculación entre ambos, y permita problematizar los conceptos de normalidad y patología, y pueda aportar a la prevención y adecuación de tratamientos en salud mental.

Es de gran interés en el ámbito de la psicología poder profundizar en una de las patologías más prevalentes a nivel mundial, como lo es la depresión, y en la vinculación que puede existir con los duelos, en especial los de difícil elaboración. Las pérdidas forman parte de la cotidianidad humana, pero muchas veces su elaboración a nivel del procesamiento psíquico puede resultar complicada, llevando muchas veces a procesos psicopatológicos. En torno a ello es importante indagar en el estudio del duelo para poder entender el proceso, saber qué es lo esperable, poder problematizar la diada normal-patológico y adquirir herramientas que permitan realizar un buen diagnóstico diferencial con la depresión. Esto permitirá también avanzar en la prevención de los trastornos mentales y en la aplicación de tratamientos más ajustados a las necesidades de los pacientes.

La elección temática del presente trabajo responde a múltiples factores, académicos y personales. Por un lado, como estudiante de la Licenciatura, en lo referente a mis experiencias en las prácticas clínicas, donde tuve la oportunidad de estar en contacto más cercano con pacientes, pude observar lo frecuentes que eran las experiencias de duelo, y su impacto en la vida psicoafectiva de las personas, además de la elevada presencia de los trastornos depresivos. Por otro lado, encontré reducida la formación en torno al duelo, tanto en su aspecto más conceptual, como en su abordaje clínico. Esta clase de vacío formativo personal, despertó un gran interés en el abordaje de esta temática. En lo que respecta a la elección más personal, tuvo que ver con una serie de experiencias de duelos, donde pude experimentar en primera persona lo complejo y confuso que este proceso puede resultar para una persona y su entorno familiar.

1. Duelo

1.1 Conceptualización

El duelo constituye una reacción natural o esperable, muchas veces externalizada como sufrimiento y aflicción, ante la pérdida de una persona, un objeto, evento o vínculo afectivo. El duelo considerado “normal” abarca esos sentimientos, conductas y reacciones esperables ante una pérdida significativa (Meza Dávalos et al, 2008).

Duelo, del latín “dolus” o “dolium”: dolor. La Real Academia Española (2024) define al duelo como: dolor, lástima, aflicción, demostraciones que se hacen como manifiesto del sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. La OMS (2018) lo describe como una reacción natural ante una pérdida y las respuestas asociadas a la muerte a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual y social.

El duelo es una experiencia universal, aunque profundamente personal, influenciada por la personalidad, la cultura y las circunstancias particulares de cada individuo. A pesar de su inevitabilidad, sus manifestaciones y duración varían considerablemente. El duelo complicado y el trastorno de duelo prolongado requieren intervenciones específicas (Pop-Jordanova, 2021).

La manera en que cada individuo percibe la muerte y enfrenta el duelo varía, influenciada por una combinación de factores de riesgo, protección y la cultura en la que el individuo está inserto. Las creencias culturales sobre el duelo, la muerte y los procesos de sanación psicológica pueden diferir enormemente entre culturas, lo que afecta cómo las personas experimentan el duelo. Además, los valores y dinámicas familiares tienen un papel importante en cómo se comprende y maneja la pérdida. Dado que el duelo tiene una dimensión fenomenológica, su vivencia puede cambiar a lo largo de la vida, y el significado de la muerte varía a medida que las personas atraviesan diferentes etapas (Peña-Vargas et al., 2021).

De todos modos, no toda muerte conduce a la elaboración de un duelo. Para que este proceso se ponga en marcha es preciso que la persona u objeto perdido tenga un especial significado e importancia para la persona. La intensidad de la vivencia de duelo depende en gran medida del valor que el individuo atribuía y cuán constitutivo era aquello que perdió. El duelo está

intrínsecamente vinculado al apego, por un lado, y a la pérdida, por otro. Resulta de la complejidad de enfrentar el carácter irreversible de la muerte, y en ese proceso, en el mejor de los casos, llegar a comprenderla y reestructurarse ante los cambios materiales y emocionales que generan (Meza Dávalos et al, 2008).

Se han identificado patrones comunes en los pensamientos disfóricos de quienes han atravesado una pérdida dolorosa. Por un lado, el temor a que el evento se repita, incluso en la imaginación; la vergüenza y sensación de fragilidad e impotencia por no haber logrado prevenir o retrasar lo sucedido; un cierto sentimiento de ira hacia la persona fallecida, quien es la fuente del dolor, lo que puede dificultar el reconocimiento de sentimientos hostiles, a menudo ligados a la sensación de abandono; culpa o vergüenza por experimentar impulsos agresivos o pensamientos destructivos; culpa del sobreviviente, al enfrentar el hecho de que su ser querido ha fallecido mientras él sigue con vida, y un acentuado temor a identificarse o fusionarse con la víctima (Retamal Carrasco, 1995).

En la primera etapa luego de ocurrida la pérdida, es esperable que este conjunto de reacciones emocionales ocurra de forma aguda, intensa y disruptiva, con el pasar del tiempo y los procesos psicológicos pertinentes, tiende a integrarse adecuadamente en el psiquismo. Lo problemático del duelo aparece cuando esta integración o reformulación de la pérdida se vuelve difícil o inviable, allí se elaboraría un proceso desadaptativo comúnmente conocido como duelo complicado o duelo prolongado. La prevalencia del duelo complicado se encuentra en torno del 10% a nivel mundial, siendo similar entre géneros, clases sociales y culturas. En cuanto a los trastornos comórbidos más prevalentes son la depresión, el estrés postraumático, el abuso de sustancias o la ansiedad ante la separación si la pérdida es de una figura de apego (Sanz Molina et al., 2023).

Los avances en la investigación sobre el duelo han sido significativos, especialmente al comprender cómo impacta tanto a nivel psíquico como fisiológico. Estos avances resaltan la importancia de comprender las particularidades del duelo para poder explicar sus consecuencias médicas. Aunque el duelo es una experiencia universal, las respuestas a la pérdida varían significativamente entre individuos, lo que puede influir en la salud general. Se han realizado estudios de neuroimagen que exploran lo que sucede en el cerebro durante el duelo normal y el complicado, se han observado ciertas regiones cerebrales en particular que

se activan durante estos procesos. Estos resultados pueden tener implicaciones para comprender los mecanismos cerebrales involucrados en la experiencia emocional del duelo. Por otro lado, la morbilidad y mortalidad asociada al duelo están vinculadas a los cambios físicos que se producen como respuesta a la pérdida. Para entender en profundidad la respuesta fisiológica al duelo, se ha investigado en torno a biomarcadores cardiovasculares, endocrinos, inmunológicos y autónomos, y se ha encontrado que el duelo puede generar estrés adicional en el sistema cardiovascular, causar desequilibrios hormonales y suprimir el sistema inmunológico. Estas investigaciones contribuyen a un mayor entendimiento de cómo el duelo afecta al cuerpo y contribuye a resultados de salud a largo plazo (Pop-Jordanova, 2021).

1.2 Duración y fases

¿Cuándo se termina un duelo? No existe una respuesta unívoca ante esta interrogante, más allá de los criterios de temporalidad que diferencian un duelo normal de uno prolongado o complicado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se entiende este proceso como sumamente singular y personal de cada individuo y para con cada objeto/persona perdida (Sanz Molina et al., 2023).

En general, las manifestaciones más intensas ocurren en los primeros meses y, habitualmente, se estima que un duelo normal dura entre seis meses y un año. Sin embargo, algunos sentimientos y síntomas pueden persistir más tiempo, aunque sin afectar significativamente la vida diaria. Si la muerte fue inesperada, el "shock" inicial puede prolongarse. Por otro lado, si hubo duelo anticipatorio (cuando la muerte se veía venir), parte del proceso ya se ha desarrollado antes de la pérdida, lo que puede reducir su intensidad posterior (Florez, 2002).

Se plantean una serie de etapas, donde la referencia de un duelo finalizado sería la capacidad del deudo, o sujeto en duelo, de pensar o recordar a la persona perdida, sin la presencia de un monto tan elevado de dolor; y cuando además la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos. En su primera etapa, se caracteriza por un estado de "shock" donde la sensibilidad o tonalidad afectiva queda "anestesiada", a nivel fisiológico puede aparecer una irregularidad en el ritmo cardíaco, náuseas y temblores. Las primeras

reacciones son de rechazo, incredulidad e incluso negación. Se experimenta aturdimiento, incredulidad y una sensación de irrealidad ante la pérdida. Pueden aparecer llanto, nudo en la garganta y vacío en el estómago (Florez, 2002). Esta primera etapa es la fase más corta, suele durar desde la recepción de la noticia hasta la finalización del ritual fúnebre, si lo hubiera (Meza Dávalos et al, 2008).

La segunda etapa o “etapa central”, es la de mayor duración. Compone el núcleo del duelo como tal y se caracteriza por un estado depresivo, las imágenes y recuerdos con la persona perdida sobrevienen y abruman la mente del deudo. Con el paso del tiempo, se alternan momentos de dolorosas memorias con el gradual proceso de reorganización tanto de la vida externa como interna de quien ha sufrido la pérdida. Durante esta etapa, la persona recuerda constantemente al ser ausente y siente nostalgia por los pequeños momentos cotidianos compartidos con este. Aparece una “depresión” que surge poco después del fallecimiento y que puede perdurar desde varios meses hasta años, especialmente si el duelo se complica. Este estado depresivo hace que la persona tienda a aislarse y percibirse a sí misma y al mundo vacíos y desprovistos de interés. Durante la fase depresiva, a la intensificación del vínculo con el ser perdido, se suma un profundo sentimiento de soledad, que abarca tanto el aspecto social como el emocional (Meza Dávalos et al, 2008). Es una fase de anhelo y búsqueda, surge una intensa añoranza por la persona fallecida, con pensamientos recurrentes sobre ella. Es común la inquietud, la negación parcial de la pérdida y la dificultad para adaptarse a la nueva realidad. Sobreviene la desorganización y la desesperanza, la persona asimila la pérdida, pero puede sentirse desarraigada, apática y sin motivación. Puede haber insomnio, pérdida de peso y una sensación de vacío existencial (Florez, 2002).

La etapa final es el periodo de recuperación. Da inicio cuando la persona logra comenzar a proyectar el futuro, se siente atraída por nuevos intereses y es capaz de volver a experimentar y expresar nuevos deseos. Este proceso de adaptación suele reflejarse en el establecimiento de nuevas relaciones sociales. La persona empieza a distanciarse de los objetos del ser querido, conservando sólo aquellos que tienen un valor significativo. El estado depresivo comienza a disiparse, el dolor y la tristeza tienden a disminuir, y la persona siente alivio (Meza Dávalos et al, 2008). Esta es una fase de reorganización donde se inicia la aceptación de la pérdida y la integración del recuerdo sin dolor intenso. Se retoman actividades, intereses y relaciones, aunque con un nuevo significado. Estas fases pueden variar en duración y

expresión según cada individuo, pero son parte del proceso normal de adaptación ante una pérdida (Florez, 2002).

Durante varias décadas, el modelo más aceptado de etapas en el duelo, describía 5 fases de un duelo normal, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, estudios más recientes han mostrado que este enfoque carece de consistencia y validez, y actualmente se considera obsoleto. En la actualidad, la CIE-11 y el DSM-V reconocen el diagnóstico de trastorno de duelo prolongado o trastorno persistente complejo relacionado con el luto, respectivamente, destacando las características clínicas que distinguen este tipo de duelo de otros trastornos, como la depresión mayor o el trastorno de estrés postraumático. A pesar de que existen diferencias entre el duelo prolongado y la depresión, la muerte de un ser querido puede desencadenar tanto el duelo como síntomas depresivos. Además, la falta de apoyo social se ha asociado con peores resultados en el duelo, especialmente en los casos de duelo complicado (Peña-Vargas et al., 2021).

1.3 Tipos de duelo

Duelo “no complicado”

El duelo “no complicado” se puede entender como una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, principalmente la tristeza persistente, el insomnio, la falta de apetito y la pérdida de peso (APA, 2014). Se desarrolla con síntomas predecibles y sigue un proceso natural de adaptación hasta la aceptación de la pérdida (Florez, 2002).

Los sentimientos presentes en el duelo normal son de pena, nostalgia referida al fallecido, con frecuencia hay llanto; las rabietas son de corta duración y dirigidas hacia los presuntos responsables de la muerte. El déficit funcional, laboral o académico es transitorio y si se prolonga es escaso. Pueden surgir ideas de culpa se dan en torno a presuntas omisiones o insuficiencias en el periodo final de la persona ahora fallecida; existe rumiación obsesiva de las culpas y están claramente relacionadas con el muerto. No aparece retardo o inhibición psicomotora y la actividad o inquietud está dirigida hacia el muerto, generada por la

separación y pérdida. No existen intentos de petrificación, es decir, de mantener todo tal como estaba al morir el ser amado. Los pensamientos pueden ser negativos y pesimistas, ya que se toma contacto con la realidad de que la vida continuará sin el ser amado, pero este pesimismo se encapsula en torno a la pérdida y continuación de la vida sin la persona, no existe disminución de autoestima (Retamal Carrasco, 1995).

Duelo Patológico, Prolongado o Complicado

El duelo patológico puede manifestarse de diversas maneras y ha recibido distintos nombres, como duelo no resuelto, complicado, crónico, prolongado. En la versión más reciente del DSM, este tipo de duelo se denomina "duelo complicado" (APA, 2014).

El duelo complicado se caracteriza por un sufrimiento clínicamente significativo debido a un duelo no resuelto, marcado por un anhelo constante del fallecido, ira, amargura y otras señales de un duelo intenso y prolongado que persiste más allá del tiempo esperado (Pop-Jordanova, 2021). Se presenta una intensificación extrema del duelo, en la que la persona se siente abrumada, adopta conductas desadaptativas o queda estancada sin poder avanzar hacia la resolución de su pérdida. Esto puede provocar patrones repetitivos o interrupciones constantes en el proceso de sanación. Se considera que existe riesgo de duelo patológico cuando el sufrimiento emocional se prolonga excesivamente, su intensidad no concuerda con la personalidad previa del doliente, impide el desarrollo de nuevos vínculos afectivos y limita la vida cotidiana de la persona, quedando esta atrapada en la constante evocación del fallecido (Meza Dávalos et al, 2008).

Se da cuando el proceso de duelo se prolonga excesivamente, es demasiado intenso o presenta síntomas graves como pensamientos suicidas o alucinaciones persistentes. Puede adoptar diferentes formas, como negación prolongada, duelo inhibido (sin expresión emocional) o identificación excesiva con el fallecido (Florez, 2002).

El trastorno de duelo prolongado (TDP) ha sido recientemente incluido en la 11ª edición de la CIE, y también ha sido aprobado para su inclusión en la 5ª edición revisada del DSM. Según los criterios diagnósticos del CIE-11, el TDP se define como una reacción de duelo persistente y generalizada, en la cual la persona en duelo experimenta un deseo intenso o una preocupación constante por el ser querido fallecido, sintiendo un dolor emocional profundo, como tristeza, culpa o ira, y enfrenta dificultades para aceptar la muerte. Esta reacción debe

durar más de seis meses después de la pérdida y superar las normas sociales, culturales o religiosas (Komischke, 2021).

Tras la muerte de un ser querido, hay una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto cultural y religioso del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante períodos más largos, aunque dentro de lo que sería un período normativo de duelo de determinado contexto cultural y religioso de la persona, son vistas como respuestas de duelo normal y no se les asigna un diagnóstico. La alteración provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (OMS, 2018).

El DSM-V (APA, 2014) plantea una serie de criterios diagnósticos para el Duelo Prolongado o Duelo Complicado, donde se incluyen anhelo y nostalgia intensos, llanto frecuente, preocupación, desconfianza frente a la muerte, sinsentido, evocación constante y/o evitación de recuerdos, dolor emocional, dificultad en mantener y reanudar relaciones y actividades, sentimientos de soledad; todos, con una duración y severidad desajustadas al contexto, tratándose de un sufrimiento clínicamente significativo en diversas áreas. En la CIE-11 (OMS, 2018) hallamos criterios similares, siendo dispares solamente en sus criterios de temporalidad. Mientras la CIE-11 plantea una duración sostenida de los síntomas por un mínimo de 6 meses, el DSM-V la amplía a 12 (APA, 2014).

Los principales índices del duelo patológico, diferenciándolo del normal, comienzan por atender cuando el deudo ha sufrido varias pérdidas, tanto sucesivas como simultáneas. En este sentido, prestar especial atención a la emocionalidad denominada “especial”, sea la inexpressión emocional, o muestras incluso de alegría o euforia. Por otro lado, atender a las evitaciones, no hablar y/o no asistir al rito funerario ofrecido a la persona perdida. Otro índice es el denominado “interés mórbido”, hablar, leer y presentar un interés excesivo por temas

vinculados a la muerte. Presentar una prolongación excesiva o cronicidad del duelo en lo referente a la sintomatología de corte más depresivo, esto es, emocionalidad intensa, ideas, conductas e incluso intentos de autoeliminación, aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias. Presencia de conductas que tienen como fin mantener el medioambiente y las pertenencias de la persona fallecida, petrificación, negación ante la pérdida y lo que la misma conlleva. Aparece cierto temor a padecer la enfermedad de la persona perdida y/o aparición de síntomas similares. Identificación con el ser fallecido, en conducta, lenguaje y vestimenta. Reacciones intensas ante fechas relacionadas, aniversario de la muerte, cumpleaños, navidad o año nuevo (Retamal Carrasco, 1995)

Se estima que aproximadamente el 10% de los adultos en duelo experimentan síntomas de TDP tras una pérdida no traumática (como la muerte por vejez o enfermedad), y la proporción aumenta al 49% en casos de pérdidas traumáticas (por asesinato, terrorismo o desastres naturales) (Komischke, 2021).

Sin embargo, no todas las reacciones de duelo complicadas son necesariamente causadas únicamente por la pérdida en sí. Por ejemplo, los síntomas de depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático pueden haber estado presentes antes de la pérdida de un ser querido, y la muerte de esta persona podría agravar estos síntomas preexistentes. La prevalencia combinada de co-ocurrencia de una o más reacciones de duelo complicado en adultos con TDP es del 70%, y la prevalencia de dos o más reacciones de duelo complicado es del 46%. Los síntomas co-ocurrentes de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático fueron reportados en un 63%, 54% y 49%, respectivamente (Komischke, 2021).

También se ha teorizado sobre ciertos tipos de duelos especiales como el anticipatorio, inhibido y en poblaciones especiales. El “duelo anticipatorio” o “pre-duelo” se experimenta antes de la pérdida cuando esta es inevitable e inminente, como en enfermedades terminales (Florez, 2002). No comienza con la muerte en sí, sino mucho antes, cuando se diagnostica una enfermedad terminal, los familiares experimentan tristeza y, al mismo tiempo, inician un proceso de adaptación a la nueva realidad. Se trata de un proceso completo en el que los familiares sienten que su ser querido ha "fallecido en vida", muchas veces debido a los cambios radicales provocados por la enfermedad. Este tipo de duelo permite a los involucrados compartir emociones y prepararse para la despedida (Meza Dávalos et al, 2008). Puede ayudar a preparar emocionalmente a la persona, aunque en algunos casos se extingue

antes de la muerte y la persona reacciona con menos intensidad cuando esto ocurre (Florez, 2002).

Por su parte, el “duelo inhibido” es aquel donde se evita la expresión del duelo al no enfrentar la realidad de la pérdida. Esto puede manifestarse como una aparente euforia, lo que sugiere una forma patológica de aflicción (Meza Dávalos et al, 2008).

Finalmente, el “duelo en poblaciones especiales” refiere a aquel transitado por niños, personas mayores y padres. En niños, puede manifestarse a través de cambios de comportamiento, regresión o ansiedad de separación. En las personas mayores, suele estar marcado por pérdidas acumuladas y puede llevar a estados depresivos crónicos. En padres que han perdido un hijo, la culpa y el dolor pueden ser abrumadores y afectar la relación de pareja. Cada tipo de duelo puede requerir diferentes niveles de apoyo o intervención, dependiendo de su evolución y la presencia de complicaciones emocionales o psicológicas (Florez, 2002).

1.4 Intervenciones en el duelo

Independientemente del tipo de relación que los dolientes hayan tenido con el fallecido, la recuperación solo es posible si logran procesar el duelo. Para ello, es fundamental que se desvinculen emocionalmente de la relación e interacción con el difunto, permitiendo así desarrollar nuevos vínculos. Los objetivos principales de la intervención en personas en duelo se componen en general de algunos aspectos fundamentales como la mejora en la calidad de vida, la reducción del aislamiento social, el fortalecimiento de la autoestima, la disminución de los niveles de estrés, y esencialmente la prevención de enfermedades comórbidas, como la depresión (Meza Dávalos et al, 2008).

Dos indicadores clave de recuperación tras una pérdida son la capacidad de recordar y hablar sobre la persona fallecida sin experimentar llanto o confusión, así como la disposición para establecer nuevas relaciones y afrontar los desafíos de la vida. Un método para evaluar este proceso es observar cuánto tiempo dedica la persona a pensar en el ser querido que ha perdido. El propósito general del acompañamiento en el duelo es ayudar al sobreviviente a resolver cualquier asunto pendiente, aceptar la realidad de la pérdida, procesar tanto las emociones expresadas como las reprimidas, superar los obstáculos que dificultan su reajuste,

facilitarle una despedida adecuada y brindarle apoyo para que se sienta cómodo al retomar su vida (Meza Dávalos et al, 2008).

Las intervenciones psicológicas para el duelo complicado se enfocan en quienes experimentan síntomas persistentes de alta severidad, falta de mejoría y deterioro funcional (Pop-Jordanova, 2021). Actualmente, las principales estrategias psicoterapéuticas para abordar el duelo incluyen la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia del Duelo Complicado y la Terapia Interpersonal. Estas se enfocan en los procesos asociados a la pérdida y en los síntomas relacionados con recuerdos intrusivos dolorosos. Su objetivo es facilitar la recuperación, preservar la calidad de vida, prevenir el deterioro funcional y reducir conductas de riesgo que puedan afectar el sueño y la estabilidad mental del individuo. En la mayoría de los casos, el uso de psicofármacos no es necesario como parte del tratamiento. Sin embargo, su administración puede ser indispensable cuando existen trastornos psiquiátricos subyacentes, como depresión o demencia (Flores-Ruiz et al., 2021).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se prescriben ocasionalmente, especialmente para quienes también sufren de depresión, aunque la efectividad de estos medicamentos para el duelo complicado sigue siendo un tema de debate. Es fundamental intervenir de manera temprana, y la relación entre los profesionales de la salud y las personas en duelo es clave para identificar a aquellos que necesitan especialmente intervenciones y apoyo psicológico (Pop-Jordanova, 2021).

La eficacia de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) resulta ampliamente estudiada y respaldada. Se ha evidenciado que este tipo de terapias contribuyen significativamente a la disminución de la severidad del duelo, manteniendo estos beneficios a lo largo del tiempo, incluso hasta un año y medio después del tratamiento (Sanz Molina et al., 2023).

Dentro del conjunto de TCC, las más efectivas se encuentran la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales y comunicación asertiva. Estas técnicas ayudan a los pacientes a afrontar el dolor de la pérdida y a modificar creencias disfuncionales relacionadas con la evitación. Además, han demostrado reducir síntomas depresivos, sentimientos de ineficacia y pesimismo, favorecer la aceptación de la muerte, reactivar estilos de vida previos y mejorar significativamente el bienestar emocional. La combinación de técnicas cognitivas y conductuales también facilita un cambio en la interpretación negativa que el paciente pueda tener de sí mismo, del mundo y

del futuro. Asimismo, el uso de estrategias conductuales ha permitido la reincorporación a actividades cotidianas, como el ejercicio físico, el ocio y la socialización, además del establecimiento de objetivos a mediano y largo plazo en el ámbito laboral. En conjunto, la estructura de la intervención favorece la resignificación de la pérdida y el desarrollo de habilidades de afrontamiento tanto emocionales como conductuales, permitiendo que la persona se reconecte con sus metas y proyectos de vida (Fabila y Hernández Montaña, 2022). Es crucial comprender la importancia de los enfoques psicológicos y fisiológicos en el tratamiento del duelo, con énfasis en una intervención oportuna y un cuidado integral para aquellos que enfrentan un duelo complicado (Pop-Jordanova, 2021).

2. Depresión

2.1 Conceptualización de la depresión

En el DSM-V se plantean una serie de trastornos clasificados como depresivos. Lo común entre ellos remite al ánimo triste, sentimientos de vacío, irritabilidad, acompañados de cambios cognitivos y comportamentales o somáticos, además de la interferencia en la funcionalidad. A los efectos del presente trabajo, se hará foco en el trastorno de depresión mayor (de aquí en adelante “depresión”) (APA, 2014).

En la CIE-11 se definen los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, como aquellos donde el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como lo son la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas

antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (OMS, 2018).

Por su parte, el DSM-V determina que la depresión se compone de la presencia, por al menos dos semanas, de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución notable del interés o placer en actividades la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida o aumento de peso/apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesivos, disminución en la capacidad de concentración, pensamiento y decisión, pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida con o sin planificación o intento de suicidio (APA, 2014).

En este apartado, el manual plantea una distinción entre el duelo y un episodio de depresión. La respuesta a una pérdida significativa puede ocasionar síntomas comunes que simulen un episodio depresivo, entre ellos la tristeza intensa, la rumiación en vuelta a la pérdida, pérdida de apetito y de peso, insomnio. Se plantea que estos síntomas en estos contextos de duelo, pueden entenderse como comprensibles, esperables y apropiados. De todos modos, es importante prestar especial atención ante la posible presencia de una depresión más allá del duelo normal o esperado. El duelo tiene como afecto predominante la pérdida y el sentimiento de vacío, la disforia tiende a disminuir en intensidad con el correr de los días y las semanas, y se produce en oleadas o “punzadas del duelo” asociadas a recuerdos y pensamientos sobre el ser perdido, el dolor percibido en el duelo puede coexistir con el humor y las emociones positivas, el contenido de los pensamientos muchas veces gira en torno a recuerdos del ser querido perdido, el autoestima por lo general no presenta afecciones o cambios, si se presentan ideas de culpa suelen ser relativas a no haber estado lo suficiente con ese ser querido o haberle fallado, si se presentan ideas de muerte suelen girar en torno a la muerte de ese ser y en “volver a reunirse” (APA, 2014).

La depresión es un trastorno incapacitante que se caracteriza por un estado de ánimo bajo persistente y una disminución del disfrute junto con signos y síntomas adicionales que incluyen una reducción de la concentración, la energía y la autoestima y alteraciones del

apetito y la calidad del sueño. Aunque muchas combinaciones de síntomas pueden llevar a un diagnóstico de depresión, los puntos en común son su persistencia, generalización y extensión patológica. El estado de ánimo deprimido es una emoción humana normal; sin embargo, en la depresión, el estado de ánimo deprimido se vuelve casi incesante, inquebrantable y asociado con otros síntomas cognitivos y físicos. Por lo tanto, la depresión es clínicamente heterogénea y los individuos varían mucho en la gravedad de sus síntomas, la respuesta al tratamiento y el resultado. La heterogeneidad clínica también puede reflejar una heterogeneidad causal sustancial, por la cual individuos con diferentes etiologías se agrupan bajo el mismo diagnóstico (McIntosh et al., 2019).

2.2 Epidemiología de la depresión

Los datos recolectados por la OMS, en su más reciente actualización sobre la epidemiología mundial de la depresión realizada en 2023, indican que aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión, lo que lleva a considerarla como un problema de salud pública. La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de atravesar un parto experimentan depresión.

La prevalencia de la depresión en el curso de la vida oscila entre el 2 y el 25% aproximadamente, y se estima que varía en función del sexo, siendo más recurrente en mujeres (25%) que en hombres (12%). La depresión grave, por su parte, puede desarrollarse a cualquier edad, pero el tiempo promedio de aparición se sitúa alrededor de los 25 años (Montes, 2004).

Es esperable que una de cada cuatro personas sufra algunos de estos trastornos a lo largo de su vida. Consolidándose de este modo, como una de las principales causas de discapacidad a nivel global y contribuyendo a la carga mundial general de morbilidad. La influencia de la salud mental en la salud física debe ser reconocida para trabajar en la mejora de ambas, cerca del 13% de las enfermedades que se expresan a nivel físico están asociadas a trastornos en la salud mental (Corea Del Cid, 2021).

Se remarca la importancia y urgencia de la relación entre los trastornos depresivos y los índices significativos de muerte por suicidio. Se estima que cerca de un 90% de las personas que tienen intentos o culminan la autoeliminación, presenta trastornos mentales, especialmente depresivos, que resultan diagnosticables y podrían haberse abordado profesionalmente (Montes, 2004).

2.3 Etiología de la depresión.

La depresión es entendida, estudiada y teorizada como un trastorno complejo que no se puede explicar por causas aisladas sino como un conjunto de factores que contribuyen a su génesis y desarrollo. Los principales factores vinculados a su etiología son los biológicos, genéticos y psicosociales o ambientales (Montes, 2004). En primer lugar, es interesante recorrer brevemente cómo se conceptualiza la depresión desde algunas corrientes psicológicas, para luego adentrarnos en las explicaciones brindadas por otras disciplinas.

Por un lado, desde perspectivas de corte psicoanalítico, tenemos la comprensión psicodinámica de los trastornos depresivos. Las teorías contemporáneas sobre la depresión mantienen como base la conceptualización freudiana que la equipara al duelo, resaltando el papel de los procesos inconscientes, en especial la ambivalencia afectiva dirigida hacia el yo. Además, se sostiene una relación estrecha entre las experiencias tempranas y la psicopatología adulta (Villalba, 2010). El psicoanálisis freudiano analizó las respuestas psíquicas frente a la pérdida, distinguiendo entre el duelo, entendido como una reacción esperable ante una ausencia o pérdida, y la melancolía, considerada una forma patológica de dicha respuesta. Mientras el duelo se desarrolla en la conciencia y tiende a resolverse con el tiempo, la melancolía surge de forma inconsciente, implica una pérdida del amor del objeto y se caracteriza por una significativa disminución de la autoestima, sentimientos de culpa y autodevaluación. La perspectiva kleiniana amplió la comprensión del proceso melancólico. Desde su perspectiva, la melancolía implica una regresión a un estado psíquico temprano, en el cual el sujeto aún no ha logrado integrar los aspectos positivos y negativos del objeto en una representación interna unificada. En este contexto, el individuo con depresión se siente omnipotentemente responsable de la pérdida sufrida, atribuyéndola a su propia destructividad no elaborada ni equilibrada con afectos amorosos (Ribeiro et al., 2018).

Desde perspectivas cognitivas-conductuales, encontramos como referencia central el modelo cognitivo de Beck (1967). Este modelo propone una cadena de elementos causales. El primero de los eslabones lo constituirían las experiencias negativas tempranas, como las críticas y el rechazo por parte de los padres. A partir de las experiencias tempranas se desarrollan esquemas disfuncionales, como la creencia de que “si no soy amado por todas las personas importantes, entonces no tengo valor”. Estos esquemas, que suelen permanecer latentes y no son fácilmente accesibles de forma verbal, constituyen causas profundas del malestar psicológico. Entre los factores desencadenantes más cercanos se encuentra la ocurrencia de eventos críticos, los cuales reactivan dichos esquemas disfuncionales y provocan distorsiones en el procesamiento de la información. Como resultado, emergen pensamientos negativos sesgados, tales como “soy inútil” o “no sirvo para nada”. Experiencias adversas en la infancia, como una educación carente de afecto, modelos parentales disfuncionales, abuso emocional o físico y vínculos de apego inseguros, contribuyen a la formación de estos esquemas cognitivos. A través de ellos, se configuran patrones de procesamiento marcados por sesgos cognitivos. Para que estos sesgos se expresen plenamente, especialmente en los primeros episodios depresivos, se requiere la interacción con eventos negativos o estresantes, los cuales mantienen una relación recíproca con la propia depresión. Asimismo, se ha observado que estilos específicos de procesamiento, como la rumiación, actúan en interacción con los sesgos cognitivos, y a menudo median la relación entre estos sesgos y la aparición de síntomas depresivos. Finalmente, las estrategias que las personas emplean para suprimir pensamientos negativos repetitivos resultan poco efectivas, ya que en lugar de reducirlos, tienden a intensificarlos. Todo este entramado de relaciones cognitivas y emocionales contribuye al mantenimiento de un estado de ánimo negativo persistente y de la visión pesimista sobre uno mismo, el mundo y el futuro, lo que constituye el núcleo de la triada cognitiva y, por ende, el desencadenante inmediato de los episodios depresivos (Vázquez et al., 2010).

En cuanto a los factores psicosociales o ambientales, diversos relevamientos señalan que usualmente los primeros episodios depresivos surgen luego de algún acontecimiento estresor. Ese estrés elevado que antecede y acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la fisiología cerebral, que a su vez, pueden producir variaciones a nivel estructural y funcional de diferentes áreas cerebrales. Los cambios a nivel cerebral allí ocasionados pueden

incluir pérdidas neuronales o sinápticas, generando así una mayor vulnerabilidad y propensión a nuevos episodios depresivos (Perez-Padilla et al., 2017).

Los acontecimientos vitales juegan un papel fundamental en la depresión. Estas circunstancias incluyen la pérdida de un ser querido, dificultades económicas, presencia de una enfermedad crónica en el propio paciente o en un familiar o conflictos interpersonales (Montes, 2004). Para diferenciar factores genéticos y ambientales, se han realizado estudios con gemelos idénticos, criados en medios distintos, donde uno desarrolla una depresión y el otro no. Estos estudios han permitido identificar factores ambientales clave que aumentan el riesgo de padecer depresión, entre ellos, destacan ciertos eventos vitales estresantes, especialmente aquellos relacionados con la pérdida, como el fallecimiento o la separación, y la humillación, situaciones denigrantes o rupturas iniciadas por otras personas (Mitjans & Arias, 2012).

Sobre los factores genéticos, se han estudiado ciertos genes vinculados a la depresión (Perez-Padilla et al., 2017). Se han obtenido datos a partir de la observación de familias y del estudio de la prevalencia del trastorno entre sus miembros, lo que permite calcular el riesgo mórbido familiar. Partiendo de la hipótesis de que cuanto mayor sea la cantidad de genes compartidos, en un trastorno o enfermedad en la que los factores hereditarios resultan influyentes, mayor será la prevalencia de la patología, se obtuvieron datos que concluyen que los familiares de primer grado (padres y hermanas/os) de una persona con depresión, perciben un aumento de alrededor de 15% de la prevalencia de esta patología respecto de la población en general (Mitjans & Arias, 2012).

Los recientes estudios genéticos demuestran que la depresión presenta una fuerte correlación genética con otros trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Estas correlaciones sugieren una predisposición genética común a través de varios trastornos, además de variantes genéticas específicas de cada uno. Uno de los enfoques genéticos más común es el análisis de vínculos familiares y estudios en gemelos, que estima una heredabilidad del 31 % al 42 %. Un hallazgo clave es que la depresión está asociada con genes expresados en regiones cerebrales, especialmente la corteza. Se han identificado 102 variantes genéticas asociadas con la depresión, aunque esto representa solo una pequeña

fracción de su contribución genética. La investigación genética ha demostrado que la depresión mayor es altamente poligénica, con muchas variantes genéticas que contribuyen al riesgo individual. Uno de los principales objetivos de la investigación genética en depresión es identificar personas con mayor susceptibilidad a la depresión, facilitando intervenciones preventivas más eficaces y tratamientos más personalizados (McIntosh et al., 2019).

Dentro de los factores biológicos, se evidenciaron alteraciones a nivel de neurotransmisores, citosinas y hormonas, que modifican y alteran a nivel estructural y funcional el sistema nervioso central, el sistema inmunológico y el endócrino (Perez-Padilla et al., 2017). Se ha observado principalmente cierta disminución de monoaminas, principalmente de serotonina, noradrenalina y dopamina, en las personas que padecen depresión, que parece propiciar y contribuir a la aparición y desarrollo de dicha patología (Montes, 2004).

Las teorías sobre las monoaminas sostienen que la depresión está vinculada a una reducción en los niveles de ciertas monoaminas, como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, en el cerebro. Estas teorías ayudaron a formar un marco teórico y organizativo en la psiquiatría estadounidense, que impulsó la investigación biomédica sobre la depresión y el desarrollo de antidepresivos. Más recientemente, la investigación sobre la depresión ha tomado un enfoque más neurocientífico. El concepto de "neuroplasticidad" ha ganado relevancia, refiriéndose a los cambios en la estructura neuronal que ocurren como respuesta a factores ambientales. Esta visión está desplazando rápidamente las ideas anteriores sobre los defectos en neurotransmisores o receptores en la investigación científica. Los neurocientíficos actuales sugieren que la depresión puede ser el resultado de experiencias estresantes que provocan daño neuronal y defectos en el procesamiento cerebral (Mulinari, 2012).

Por su parte, la noción de que la depresión se debe a anormalidades en las sustancias químicas del cerebro, especialmente en la serotonina, ha sido dominante durante varias décadas y ha justificado el uso de antidepresivos. Sin embargo, la evidencia disponible no respalda de manera convincente la idea de que la depresión está asociada con concentraciones más bajas de serotonina o con una actividad reducida de la misma. La mayoría de los estudios no encontraron diferencias en la actividad de serotonina entre personas con depresión y aquellas sin el trastorno (Moncrieff et al., 2023).

2.4 Tratamientos de la depresión

En el informe ofrecido por la OMS (2023) sobre la depresión, se evidencia que si bien existen diversos tratamientos conocidos y eficaces para la recuperación de los trastornos depresivos, más del 75% de las personas que los padecen, no acceden a ellos, principalmente en los países de bajos y medianos ingresos. Entre los obstáculos a una atención eficaz cabe destacar la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como la estigmatización asociada a los trastornos mentales. Los tratamientos psicológicos son el primer tratamiento contra la depresión, pueden combinarse con antidepresivos en casos de depresión moderada y grave. Los antidepresivos más comunes incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y los antidepresivos tricíclicos (IMAO) (Corea Del Cid, 2021).

El tratamiento con psicofármacos antidepresivos es indicado generalmente por al menos 6 meses, su objetivo es modificar la transmisión neuronal cerebral. Son necesarias revisiones periódicas especialmente al iniciar y suspender el tratamiento. Aunque pueden haber efectos secundarios y dificultades en la suspensión del tratamiento, los beneficios de esta opción de tratamiento, podrían ser percibidos en las primeras cuatro semanas de iniciada su aplicación. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y noradrenalina (IRSN), generalmente son lo más populares por su buena tolerancia y buen perfil de seguridad considerados como primera opción para la mayoría de la población. La combinación de habilidades cognitivo conductuales y antidepresivos ha demostrado gran eficacia al combinar los beneficios de las terapias cognitivo-conductuales, ampliamente efectivas en el tratamiento de la depresión, y la medicación. El terapeuta proporciona sostén y apoyo durante el tratamiento con psicofármacos pudiendo obtener los beneficios de ambos tipos de terapias (NICE, 2022).

Estudios realizados en pos de analizar y comparar los diversos tratamientos para la depresión indican que la mayoría de los mismos se han centrado como foco principal en el efecto de los psicofármacos, los tratamientos psicoterapéuticos, y la combinación de ambos. Por los datos obtenidos principalmente de revisiones y metaanálisis, se ha concluido que ambos tratamientos, siendo los más populares y efectivos, tienen efectos similares a corto plazo, pero son los tratamientos de corte psicológico los que presentan los mejores resultados a

mediano y largo plazo, además de presentar una menor tasa de abandonos y recaídas (Vindel et al., 2012).

Es interesante indagar entre los diversos tratamientos dentro de la psicología. Desde comienzos del siglo XXI, las terapias que han demostrado mayor eficacia en los tratamientos de la depresión han sido las líneas cognitivo-conductuales, y la terapia interpersonal. Cuentan con una cantidad suficiente de estudios que prueban su eficacia, la cual es tal que ha demostrado ser, como mínimo, igualable a la de los tratamientos psicofarmacológicos, que son los tratamientos de referencia y que cuentan con mayor cantidad de estudios. Todas estas terapias consisten en programas estructurados de entre 12 y 16 sesiones aproximadamente, y disponen de manuales de aplicación. Pueden aplicarse tanto individual como grupalmente, como tratamiento agudo y de modo prolongado, como continuación y como mantenimiento. (Pérez Álvarez y García Montes, 2001).

Los tratamientos con mayor respaldo reúnen una serie de características, como que el terapeuta haya recibido una especialización en psicoterapia y cuente con un buen nivel de formación específica, que haya una relación y un encuadre terapéutico individualizado, con un enfoque y una utilización de herramientas, técnicas y procedimientos adaptados a la/el paciente, y que el tratamiento tenga como base o guía un manual, donde el foco está en modificar componentes psicológicos específicos (Vindel et al., 2012).

En la guía sobre manejo y tratamiento de la depresión del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE, 2022) se proporciona un listado de terapias que han demostrado efectividad en la actualidad. Se destaca la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia psicodinámica, y dentro de las TCC, la terapia cognitivo conductual clásica, la terapia de activación conductual y el mindfulness.

La Psicoterapia interpersonal se centra en identificar cómo se desarrollan las relaciones o circunstancias interpersonales. El objetivo es cambiar los patrones de relación en lugar de apuntar directamente a los pensamientos depresivos asociados, puede ser útil para personas con depresión asociada a dificultades interpersonales, especialmente en la adaptación ante pérdidas o cambio de roles (NICE,2022).

En la psicoterapia psicodinámica, el foco está en reconocer sentimientos difíciles en relaciones significativas y situaciones estresantes, e identificar repetición de patrones. Se centra en experiencias dolorosas en la vida familiar y social. Puede ser útil para personas con

problemas emocionales y dificultades de desarrollo en relaciones que contribuyen a su depresión (NICE, 2022).

La terapia cognitivo conductual es útil especialmente en el reconocimiento de pensamientos negativos o patrones de comportamiento que se desean eliminar o cambiar. Se centra en cómo pensamientos, creencias, actitudes, sentimientos y comportamientos interactúan. Enseña habilidades de afrontamiento para lidiar con las cosas en la vida de manera diferente, está orientada a objetivos, centrada en resolución de problemáticas actuales (NICE,2022).

La terapia de activación conductual se centra en identificar el vínculo entre el individuo, sus actividades y su estado de ánimo. Ayuda a la persona a reconocer patrones y planificar cambios prácticos que reduzcan la evitación y centrarse en comportamientos que lo vinculen a un mejor estado de ánimo. Orientado a objetivos, se centra en la resolución de problemas actuales. Puede ser útil para personas cuya depresión las ha llevado a retraimiento social, disminución de actividades, inactividad o cambio de circunstancias y rutinas (NICE,2022).

En el Mindfulness y los ejercicios de meditación y respiración, el foco está en centrarse en el presente, observar pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Implica aumentar la conciencia y el reconocimiento de pensamientos y sentimientos con la finalidad de aceptarlos, y no luchar contra ellos ni buscar cambiarlos. Esta terapia puede ser útil para personas que quieran desarrollar una diferente perspectiva sobre sus pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales negativas. Puede resultar difícil para personas que experimentan pensamientos muy angustiantes o les resulta difícil concentrarse en su cuerpo (NICE,2022).

3. Duelo y depresión

Es frecuente que la depresión inicie con un duelo. Hallamos entre ambos constructos una variedad de similitudes en cuanto a la sintomatología, lo que hace necesario un diagnóstico diferencial para un correcto tratamiento. Las semejanzas y diferencias entre el duelo y la

depresión se expresan en diversos estudios, entre ellos, los inmunológicos, bioquímicos, neurofisiológicos, etiológicos, clínicos y terapéuticos (Retamal Carrasco, 1995).

Las pérdidas hacen parte de la cotidianidad del ser humano, cada una de ellas provoca ciertas reacciones a nivel emocional, del pensamiento y en la salud en general. La forma en que la persona logra responder ante las pérdidas, tiene mucho que ver con su bagaje o herramientas emocionales, el soporte social o familiar que reciba, el contexto de la pérdida y el tipo de vínculo que existía con ese sujeto perdido. Todas estas variables influyen en facilitar o dificultar la reestructuración que el deudo debe realizar tras la pérdida. Cuando esta reestructuración resulta extremadamente complicada, es donde existe el riesgo de una psicopatologización del duelo (Chaurand et al., 2015).

Aunque el duelo no complicado se considera una respuesta normal a la luz de la predictibilidad de los síntomas y su curso, se entiende al deudo en un estado físico vulnerable y en un desequilibrio biológico. Sentimientos y afecciones como la tristeza, la rabia y la ansiedad forman parte de la reacción esperable ante la pérdida, pero muchas veces, ante la realidad de la irreversibilidad de la muerte, sobreviene la desesperanza y los trastornos depresivos (Retamal Carrasco, 1995).

El duelo complicado puede tener un impacto negativo significativo en la vida de una persona, llevando al desarrollo de trastornos psicológicos como la depresión. En los últimos años, el enfoque de la investigación sobre el duelo ha evolucionado hacia un modelo biopsicosocial. Los expertos en neurociencia afectiva sugieren que una activación prolongada de la vía neurológica asociada con el duelo puede desencadenar una serie de reacciones químicas que inhiben el sistema de recompensas, lo que podría resultar en síntomas depresivos. Además, el modelo de duelo adaptativo destaca cómo las personas pueden enfrentar el duelo de forma saludable, e incluso experimentar crecimiento personal en el proceso. La neurociencia afectiva también sostiene que el duelo es una emoción fundamental para la supervivencia humana, al igual que en otros mamíferos, y es esencial para mantener los vínculos sociales. Sin embargo, en ciertos casos, el duelo puede generar un grave deterioro y angustia, lo que puede llevar a trastornos como el duelo complicado o la depresión, y aumentar el riesgo de suicidio (Peña-Vargas et al., 2021).

Freud fue uno de los primeros autores en hablar del duelo y de vincularlo con la melancolía, en su obra “Duelo y melancolía” (1917) (Muñoz Rodríguez, 2019). La melancolía y la depresión están estrechamente relacionadas, pero no son exactamente lo mismo. Históricamente, la melancolía era considerada un tipo específico de depresión. En la antigua Grecia, el término "melancolía" describía un estado de profunda tristeza, fatiga y desesperanza, y se pensaba que estaba relacionado con un desequilibrio de los "humores" del cuerpo, especialmente la bilis negra. A lo largo del tiempo, este concepto ha evolucionado, y aunque el término sigue siendo utilizado en contextos literarios o filosóficos, la depresión mayor es el diagnóstico que reemplaza a la melancolía en la medicina moderna (Friedrich, 2019). En dicha obra, Freud indicaba que ambos constructos comparten varias características, diferenciados principalmente en su duración. El duelo es limitado en el tiempo, la depresión implica una mayor duración de los síntomas, volviendo patológico lo esperable en un proceso de duelo normal. La persona en un duelo normal percibe al mundo como pobre y vacío a causa de la pérdida, en la depresión percibe un vacío en el mundo, en los demás y en sí mismo (Muñoz Rodríguez, 2019).

Una importante limitación en cuanto al estudio de la depresión vinculada al duelo complicado es la falta de criterios definidos para el diagnóstico que los vincule. De todos modos, se ha establecido que aun siendo constructos diferentes, cada uno puede aumentar el riesgo de desarrollo del otro (Cabezas Manzano, 2022).

En cuanto a predisponentes de un duelo complicado y a una depresión derivada, se ha encontrado que aquellos adultos cuya niñez se caracterizó por una vinculación ansiosa con los padres, cuentan con mayor probabilidad de generar una relación vincular insegura con su pareja, mayor dependencia y vulnerabilidad ante un duelo complicado. Además, se plantea que la muerte de un progenitor en la niñez puede aumentar el riesgo de sufrir depresión en la edad adulta (Retamal Carrasco, 1995).

Además, el duelo complicado es frecuente en personas con comorbilidades, siendo la depresión la más común. Se presenta independientemente de los trastornos de ánimo y de ansiedad, contribuyendo de manera significativa a la morbilidad y disminución de la calidad de vida, y puede estar asociado con un riesgo de suicidio ocho veces mayor (Cabezas Manzano, 2022).

En las últimas décadas se ha profundizado el estudio del duelo complicado, se ha hecho énfasis en la importancia de su prevención y tratamiento distinguiéndolo de otras entidades clínicas. No obstante, en la mayoría de los casos, el duelo complicado se presenta junto a algún trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos del ánimo, especialmente la depresión, uno de los más comunes, afectando hasta al 50% de los casos aproximadamente (Cabezas Manzano, 2022). Algunos estudios refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad (Meza Dávalos et al, 2008).

Se han obtenido datos de relevamientos realizados al mes y a los 13 meses después de la pérdida de un ser querido. Se observan grandes similitudes entre los síntomas de la depresión y aquéllos presentes en el primer mes de duelo; en cambio, al año siguiente la mayoría de los síntomas vegetativos como la anorexia, el insomnio y el llanto tienden a disminuir, aunque en el caso del abatimiento, la fatigabilidad e inquietud, la disminución puede verse menos acentuada. Pero resulta interesante observar que mientras los síntomas somático-vegetativos decaen de modo significativo, los síntomas psicológicos no disminuyen: creencia que alguien tuvo la culpa, sentimientos de incapacidad, desvalorización y deseos de muerte (Retamal Carrasco, 1995).

Existen diversos estudios que vinculan la pérdida de un ser querido con la sintomatología depresiva. Se han comparado por ejemplo pacientes con depresiones reactivas ante pérdidas, con otros que presentan depresiones no vinculadas a pérdidas, y se pudo observar que la sintomatología que presentaban no era muy distinta. Lo que resultaba diferente era la duración de estos síntomas, en las depresiones reactivas a una pérdida, los síntomas depresivos solían resultar más prolongados en el tiempo. Por otra parte, los niveles de depresión también resultaron mayores en personas que presentaban concomitantemente un diagnóstico de duelo complicado (Chaurand et al., 2015).

Algunos autores plantean que si no se conociera el dato de que la persona ha perdido a un ser querido por fallecimiento, con bastante facilidad se realizaría el diagnóstico de una depresión y sería tratada en consecuencia. Es frecuente que si la manifestación del duelo es considerada como normal, la persona reciba hipnóticos y tranquilizantes menores; en cambio, si se realiza el diagnóstico de depresión se indicarán antidepresivos. En estas condiciones el duelo y el concepto de lo reactivo, situacional o psicogénico se convierte en un serio problema

nosológico, puesto que puede llegar a impedir un tratamiento correcto. Se debe ser cuidadoso ante la normalización o banalización de una depresión en estos contextos, y no quedarnos con la idea de que "es comprensible esta depresión" y no tratarla. Lo que corresponde es saber si se trata de una reacción patológica. Con menos frecuencia se comete el error inverso, es decir, tratar un duelo normal como si se hubiese complicado con una depresión. (Retamal Carrasco, 1995).

3.1 Duelo patológico y depresión

Resulta central señalar la importancia tanto de no psicopatologizar lo que puede ser un duelo normal, como de no normalizar o presentar meramente como “reactivos” procesos patológicos que pueden requerir una atención especializada, como una depresión (Sánchez y Alayeto, 2014).

Si bien no en todos los duelos se presenta una depresión, parte de la elaboración del duelo cuenta con un importante monto de sintomatología depresiva. Alrededor de un tercio de las personas que experimentan un proceso de duelo, presentan trastornos físicos y/o mentales en simultáneo. Cerca de un 25% de los viudos experimentan depresión clínica y ansiedad durante el año siguiente a la pérdida (Aguila, 2007).

Uno de los principales factores que aumenta la probabilidad del desarrollo de un duelo complicado, o de una depresión, es la falta de soporte social y/o familiar, además de las predisposiciones previas a trastornos depresivos, y las formas de manejo emocional con la que la persona cuenta previo al duelo. Se obtuvieron datos que reconocen que cerca del 16% de las personas con trastornos depresivos, son como consecuencia de un duelo (Coapaza et al., 2021).

Resulta útil tener presentes algunos indicios que apuntan a la presencia de un duelo patológico, que pueden llevar a pensar en una depresión, para así realizar el diagnóstico y tratamiento pertinentes. Si el duelo desemboca en una depresión y se cumplen los criterios diagnósticos del DSM, es crucial que la persona comience a ser tratada con los parámetros de tratamiento ante una depresión (Retamal Carrasco, 1995).

Algunos índices para el diagnóstico diferencial del duelo prolongado/complicado y la depresión giran en torno al contenido de los pensamientos, los temas de la tristeza, la ausencia o no de interés vinculado a la vida, la culpa, conductas evitativas y pensamientos suicidas. En el duelo prolongado, los pensamientos se centran en el fallecido, mientras que en la depresión son más generales y menos relacionados con la pérdida. La tristeza en el duelo prolongado está vinculada con la separación del fallecido, mientras que en la depresión hay un estado de ánimo bajo constante con sentimientos de desesperanza. En la depresión, se pierde el interés general por la vida, mientras que en el duelo prolongado se mantiene el interés por los recuerdos del fallecido. En la depresión, la culpa es global e involucra sentimientos de inutilidad, mientras que en el duelo prolongado está vinculada a lo que se hizo o no se hizo con respecto al fallecido. En el duelo prolongado, se evita lo que recuerda al fallecido, mientras que en la depresión hay una evitación más generalizada y un aislamiento social. En el duelo prolongado, los pensamientos suicidas están relacionados con el deseo de reunirse con el fallecido, mientras que en la depresión surgen por sentimientos de desesperanza e inutilidad (Kristensen et al., 2017).

En el caso del duelo normal, los trastornos del sueño suelen prolongarse durante gran parte del primer año. Al cabo de 4 meses la mayoría de los sujetos han recuperado el apetito y logran subir de peso, asimismo se percibe una recuperación de la libido alrededor de los 6 meses. El ánimo persiste fluctuante y frecuentemente empeora en días festivos como cumpleaños o aniversarios de cualquier índole. Muchas veces el deudo no visita la tumba o sitio del rito funerario por varios meses pasada la pérdida. Alrededor de un año después, logra empezar a ver la situación de una forma más calmada y puede llegar a recordar al ser querido con un gran monto de nostalgia, pero con una cantidad menor de sufrimiento. Si estos elementos diferenciales se inclinan hacia una reacción patológica, persisten por muchas semanas, tienden a evolucionar hacia el agravamiento, las ideas suicidas persisten o se intensifican, es importante observar, y en caso de ser necesario, realizar un diagnóstico diferencial donde se indague si la persona cumple los criterios diagnósticos de una depresión según el DSM. Aún más si la persona ya cuenta con antecedentes personales y familiares de enfermedad afectiva o comportamientos de autoeliminación. Es importante además conocer los factores de riesgo: los viudos, no así las viudas, presentan un aumento de la mortalidad general durante el primer año, por enfermedades infecciosas, accidentes y suicidios. Estos eventos suelen estar asociados a carencias de apoyo familiar y social. En cuanto al riesgo de depresión vinculada al duelo, encontramos como principales predictores el estado de salud

física y mental previo a la pérdida, con especial énfasis en la relación del deudo con el consumo de alcohol y otras sustancias u otras clases de adicciones (Retamal Carrasco, 1995).

En un duelo normal, a diferencia del duelo patológico y la depresión, las ideas suicidas son infrecuentes, excepto en varones jóvenes en el primer mes de duelo, y cuando existen, suelen hacerlo relacionadas con la persona fallecida, en un sentido de "preferiría haber muerto yo", como si se prefiriera reemplazar al muerto en un acto de solidaridad o valentía, sin intenciones reales de autoeliminación. Las personas que no presentan una depresión, logran percibir el efecto del duelo como razonable, comprensible y necesario de sufrir o vivenciar y, a pesar de la pena, con poca frecuencia solicitan ayuda profesional específica. Las reacciones que despierta una persona en duelo en las demás personas son habitualmente de aprecio y simpatía, y la interacción es percibida como fácil y cercana; en contraste, las quejas de una persona con depresión pueden provocar irritación y distancia en el interlocutor, siendo la interacción más difícil. Muchas veces, en estas interacciones con otros, es donde se puede percibir que algo no está bien y sospechar que el duelo se ha vuelto patológico, y que en esencia se ha convertido en una depresión (Retamal Carrasco, 1995).

En torno al duelo, se ha hecho énfasis en el estudio de sus complicaciones, tanto su devenir en un duelo complicado o prolongado, como en una depresión. Resulta desafiante al estudiar el duelo, o tratarlo, el poder diferenciar un duelo complicado de una depresión, e incluso poder dar cuenta cuando ambos se presentan de manera simultánea. La depresión, aunque no siempre se presenta en respuesta a una pérdida, es frecuente que se vea desencadenada por su ocurrencia (Chaurand et al., 2015).

Las pérdidas inevitablemente llevan a un proceso de duelo, en el que es normal y esperable transitar a un estado depresivo. Lo que diferencia si la persona está transitando un proceso normal de duelo o este devino en una depresión, va a ser la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas depresivos (Aguila, 2007).

La presencia de malestar emocional en personas que han perdido a algún ser querido resulta un problema clínico a tener en cuenta en los meses consiguientes al fallecimiento. Por ello, es importante que se realice un seguimiento clínico en los deudos para poder prevenir los posibles problemas de salud o patologías que puedan presentarse si el duelo resulta complicado o comórbido con una depresión (Romero, y Rodríguez, 2016).

Se encontró una relación significativa entre el duelo y las dimensiones cognitivo-afectivas de la depresión. Se observa que existe una retroalimentación entre ambos constructos, que hace que se vea afectada la capacidad mental para concretar, resolver, procesar e interpretar el proceso del duelo. A menor manejo del duelo, mayor probabilidad de que los niveles de depresión resulten incrementados (Espinoza Flores, 2024).

Es importante reconocer que muchas veces, al atravesar un duelo, y especialmente un duelo complicado, las personas están más susceptibles al desarrollo de una depresión. Resulta esencial que se realice una intervención oportuna y a tiempo en tales casos para que se reduzca el impacto negativo de esta patología en todo ámbito de la vida, laboral, social, familiar (Coapaza et al., 2021).

Una forma clave de diferenciar entre el duelo prolongado y la depresión es observar si los pensamientos y emociones del doliente siguen centrados en el fallecido (característico del duelo prolongado) o si son más generales y menos conectados con la pérdida (como en la depresión). Mientras que el anhelo intenso y constante por la persona fallecida es un síntoma central del duelo prolongado, la depresión se distingue por una pérdida generalizada de interés o disfrute en las actividades cotidianas. En la depresión, la persona experimenta a menudo sentimientos de inutilidad y autocrítica, los cuales no están presentes en el duelo prolongado (Kristensen et al., 2017).

En los últimos años, en especial con la pandemia por COVID-19, se han incrementado las investigaciones en torno a la depresión por duelo. Esto se produjo como resultado del aumento de mortalidad alrededor del mundo, y especialmente por caracterizarse por duelos particularmente complejos en cuanto a las condiciones de aislamiento y las crecientes dificultades en la salud mental (Coapaza et al., 2021).

La presencia de condiciones médicas previas, el consumo de sustancias, los trastornos del sueño, los antecedentes personales y familiares en salud mental, y el duelo pueden ocurrir de forma concomitante o mimetizar los síntomas de una depresión. Por ello, se debe evaluar estas condiciones previas a la hora de diagnosticar una depresión, del mismo modo, evaluar las posibles comorbilidades con el fin de optimizar las intervenciones (Mora et al, 2015).

Se remarca la importancia de intervenir a tiempo en los duelos complicados y en las depresiones derivadas del duelo. Rápidamente pueden intensificarse los síntomas, principalmente las ideas, planificación e incluso los intentos de autoeliminación (Coapaza, et al., 2021). En cuanto al acompañamiento en el duelo, los enfoques psicodinámicos breves y cognitivos conductuales son técnicas muy útiles que han obtenido verificación clínica y cuentan con un soporte histórico considerable (Retamal Carrasco, 1995).

En cuanto a los tratamientos en la depresión y el duelo, la tarea clínica debe tener como foco facilitar el proceso de éstos y fomentar el restablecimiento de las relaciones con los demás y la separación de la persona, situación o posesión perdida. En caso de dificultades de relación con otras personas en el trabajo, la familia y amistades, establecer una estrategia de recuperación de ellas o la superación de la pérdida y la búsqueda de nuevas relaciones. Cuando hay cambios de rol, como en pérdidas de vínculos, divorcios o cambios de empleo, es necesario facilitar el proceso de adaptación aceptando la pérdida o el cambio y el nuevo rol a desempeñar (Mora et al., 2015). La psicoterapia centrada en el duelo ha mostrado ser efectiva para tratar el duelo prolongado, mientras que en el tratamiento de la depresión se recomienda una combinación de psicoterapia y medicación, dependiendo de la gravedad del caso. En este sentido, la psicoterapia interpersonal es un ejemplo de tratamiento con foco en la reestructuración y la facilitación de los procesos depresivos y de duelo. Es una alternativa intermedia entre la terapia cognitivo conductual que hace énfasis en lo externo y las terapias psicodinámicas con un énfasis en lo intrapsíquico. Promueve y brinda herramientas para la recuperación de habilidades para iniciar, sostener o retomar vínculos. El principal objetivo es que la persona logre buenas relaciones interpersonales y una adecuada adaptación social. Suele dividirse en tres etapas, en la primera se establece el diagnóstico y se presta el apoyo necesario al paciente, en la segunda etapa se identifican principales problemáticas y sus conexiones con circunstancias pasadas, en la tercera fase se valoran las metas alcanzadas y se promueve su mantenimiento a lo largo del tiempo (Mora et al., 2015). El tratamiento del duelo prolongado se enfoca en la psicoterapia específica para el duelo. No existen tratamientos farmacológicos con evidencia suficiente, aunque algunos antidepresivos pueden ayudar con los síntomas depresivos asociados. En la depresión, se recomienda una combinación de psicoterapia y, en los casos más graves, un tratamiento combinado de terapia psicológica y medicación (Kristensen et al., 2017).

Duelo y depresión se consideran de este modo, fenómenos relacionados, aunque distintos. Ambos comparten el hecho de que impactan no solo en el sufrimiento personal, aumentando la morbilidad, reduciendo la calidad de vida, y muchas veces con aparición de ideación o conducta suicida, sino también en el ámbito laboral y las relaciones interpersonales. Sin embargo, se diferencian en cuanto a su origen, los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas. El duelo complicado surge como resultado de la muerte de una figura significativa, mientras que la depresión puede ser producto, aunque no exclusivamente, de la pérdida de un ser querido. Respecto a los factores de riesgo, aquellos relacionados con la pérdida son propios del duelo complicado, mientras que los factores individuales e interpersonales son más relevantes en la depresión. Una característica distintiva del duelo complicado es el "anhelo o preocupación por el ser perdido", mientras que la depresión se caracteriza por la anhedonia y una disforia persistente y generalizada (Cabezas Manzano, 2022).

Aunque ambos constructos comparten algunas características, también tienen diferencias clave. Para brindar un tratamiento adecuado, es esencial que los profesionales de la salud puedan diferenciarlos. El duelo tras la pérdida de un ser querido involucra reacciones afectivas, cognitivas, conductuales y somáticas. La manera en que cada persona enfrenta el duelo varía significativamente, dependiendo de factores como el tipo de relación con el fallecido, las circunstancias de la muerte, el apoyo social disponible y la personalidad. El duelo a menudo se manifiesta en oleadas, con momentos de dolor intenso, provocados por recuerdos o situaciones relacionadas con la pérdida. Aunque con el tiempo la intensidad y frecuencia de estas crisis disminuyen, pueden volver a intensificarse en aniversarios o fechas significativas. El trastorno de duelo prolongado se distingue del duelo normal porque las reacciones de dolor persisten con la misma intensidad durante el tiempo, afectando gravemente la capacidad de funcionar en la vida diaria. Se caracteriza principalmente por un anhelo persistente del fallecido, dificultad para aceptar la muerte, sentimiento de pérdida de una parte de sí mismo, dificultades para avanzar, embotamiento emocional y evitación de situaciones o lugares que recuerden al ser querido. Por su parte, la depresión es un trastorno psicológico común y heterogéneo, cuyos síntomas incluyen tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades cotidianas, fatiga, dificultad para concentrarse, baja autoestima, sentimientos de culpa, desesperanza, pensamientos suicidas, alteraciones en el sueño y el apetito, y enlentecimiento psicomotor (Kristensen et al., 2017).

De este modo, es importante dar un especial énfasis a la evaluación en profundidad de las pérdidas y el modo en que las personas transitan los duelos, para así, poder contribuir en el ajuste y personalización de los tratamientos (Chaurand et al., 2015).

Es fundamental diferenciar entre duelo prolongado y depresión para proporcionar el tratamiento adecuado. El duelo prolongado requiere intervenciones específicas para el duelo, mientras que la depresión puede beneficiarse de un enfoque mixto de psicoterapia y medicación en casos moderados a severos (Kristensen et al., 2017).

3.2 Controversias sobre el diagnóstico diferencial

Durante el desarrollo de la quinta edición del DSM-V, de 2007 a 2012, se propusieron varios cambios que generaron una serie de polémicas, atrayendo la atención pública. Uno de los temas más debatidos fue la propuesta de facilitar el diagnóstico de depresión en personas que están de duelo. Se sugirió que los psiquiatras querían clasificar la tristeza común del duelo como un trastorno mental, lo cual fue percibido por muchos como un error tanto filosófico como científico (Zachar, 2015).

La eliminación en el DSM-V del duelo como diagnóstico diferencial en los trastornos del estado de ánimo, provocó una serie de controversias. Desde el DSM-III, el manual consideraba necesaria una distinción entre la depresión y el duelo. Así, la “exclusión por duelo” presente hasta el DSM-IV-TR, suponía que si ante la pérdida de un ser querido, se presentaba un cuadro con la misma sintomatología que una la depresión, de hasta dos meses de duración, se comprendía como una reacción normal ante la pérdida. Sin embargo, con la publicación de la quinta versión del manual, este criterio diferencial fue eliminado, desplazando las circunstancias biográficas concomitantes al trastorno y dando una mayor primacía al síntoma. Los especialistas que abogaron por esta eliminación del criterio diferencial, buscaron con esta medida aminorar la posibilidad de falsos negativos de la depresión, disminuyendo el riesgo del subdiagnóstico. Por otra parte, la postura opuesta, consideraba la exclusión como imprescindible e inclusive proponía extenderla a nuevos estresores como la pérdida de un trabajo o el rompimiento de vínculos afectivos. Consideraba

que esta eliminación conduciría a falsos positivos, aumentando el riesgo del sobrediagnóstico de la patología (Obaid y Albagli, 2020).

El debate no se centraba en si el duelo debía ser clasificado como un trastorno mental, sino en la eliminación de la exclusión del duelo del diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Según la versión anterior del DSM, si una persona presentaba síntomas de un episodio depresivo mayor pero estos eran una respuesta a la pérdida de un ser querido, no se le diagnosticaba con depresión. Quienes apoyaban eliminar esta exclusión sostenían que la depresión podría ser una reacción legítima a cualquier tipo de pérdida, incluida la muerte de un ser querido, y que negar tratamiento a los individuos en duelo simplemente por haber experimentado una pérdida no era apropiado (Zachar, 2015).

Los antecedentes de la exclusión por duelo en el diagnóstico de la depresión se remontan principalmente a la distinción entre duelo normal y patológico propuesto por Freud en su obra “Duelo y melancolía” (1917), y a las diversas investigaciones con personas en duelo que presentaban un significativo monto de sintomatología depresiva, que evidenciaron cómo parte de esta población percibía una remisión espontánea de los síntomas dentro de las 10 semanas posteriores a la pérdida (Obaid y Albagli, 2020).

En las anteriores versiones del manual, se diferenciaba claramente al duelo normal o “no complicado”, del duelo complicado, caracterizado por la aparición de síntomas depresivos severos y agudos, o leves y prolongados. Por otra parte, la depresión, que solamente se diagnosticaba en concomitancia con la pérdida de un ser querido, si la persona cursaba un duelo complicado, y cumplía los criterios diagnósticos. La exclusión del duelo normal podría entenderse en un marco de disolución del límite entre lo normal y lo patológico, y una creciente tendencia a la patologización en el medio de la psiquiatría (Obaid y Albagli, 2020).

Un punto clave del debate fue la "ventana de seis semanas". Según las reglas del DSM-IV, si los síntomas depresivos en el marco de un duelo persistían durante más de dos meses, se podía diagnosticar depresión. El cambio propuesto para el DSM-5 establecía una "ventana" de seis semanas, dentro de la cual los síntomas de depresión podrían considerarse normales, pero solo se realizaría el diagnóstico si no remitían con el tiempo (Zachar, 2015).

La preparación del DSM V, a fines de la primera década del siglo XXI dio lugar a la apertura de una intensa discusión en torno a la pertinencia de la eliminación o el mantenimiento de la distinción entre el duelo normal y la depresión, tanto en el ámbito académico, en columnas de

opinión, programas radiales y televisivos. Por un lado, existía la perspectiva a favor del mantenimiento del criterio de exclusión que hacía énfasis en que un diagnóstico estrictamente descriptivo de la depresión, sin consideraciones en torno al contexto, conduce a la patologización de la tristeza normal y al sobrediagnóstico de la depresión. Por otro lado, y en contraposición, se encuentra la postura a favor de la exclusión por duelo, que tras revisar investigaciones en las que se comparaban episodios depresivos vinculados al duelo, con episodios sin vinculación al duelo, se encontró que no existían diferencias significativas (Obaid y Albagli, 2020).

Es posible entender que el debate no se reduce a definiciones y conceptos, sino a perspectivas sobre los abordajes clínicos y trastornos mentales. En este sentido, la perspectiva en contra la exclusión, considera que la tarea clínica no debe centrarse en el alivio del sufrimiento del paciente, sino en cuestionar e indagar si ese sufrimiento es realmente patológico o simplemente responde a una situación dolorosa en la que es esperable que la persona sufra. Aquí el foco está puesto en la dicotomía normal-patológico (Obaid y Albagli, 2020).

A pesar de la controversia pública, el debate en el ámbito científico se centraba principalmente en si el duelo debía seguir estando excluido del diagnóstico de depresión, no en clasificarlo como un trastorno. Ambos bandos coincidían en que el duelo tras la pérdida de un ser querido no debería considerarse una categoría especial, pero no coincidían en cómo abordar esta diferencia (Zachar, 2015).

Por su parte, la perspectiva a favor de la eliminación de la exclusión plantea que la tarea clínica podría cometer una grave negligencia al tener demasiada comprensión o empatía mal situada ante un sufrimiento que podría resultar patológico, aún al ser en respuesta a un estresor. Además, dentro de esta perspectiva, se entiende que el abordaje clínico no debe ser rebuscado en cuanto al límite de lo normal y lo patológico, sino entender que se presenta un sufrimiento y tratar de ayudar en el alivio del mismo. Aquí el foco se pone en el eje sufrimiento-bienestar (Obaid y Albagli, 2020).

Ambas perspectivas coinciden en entender la depresión como un constructo con bases biológicas, pero que no existiría como tal sino en un contexto social y evolutivo que la conceptualice y la distinga de la tristeza normal. Coinciden también en que el sufrimiento de un paciente no está solamente determinado por el diagnóstico, sino por el entendimiento que

cada perspectiva, y por ende, que cada profesional tiene sobre el trastorno, si lo atribuye meramente a lo neuromolecular, o lo entiende de modo contextual (Obaid y Albagli, 2020).

Resulta difícil la diferenciación entre la depresión y las reacciones ante el duelo. Existen diversas controversias entre el enfoque diagnóstico incluyente donde todos los síntomas se consideran para la depresión, y el enfoque diagnóstico excluyente donde no se toman en cuenta los síntomas que podrían responder a un duelo. En los últimos años, para el ámbito clínico se recomienda el enfoque incluyente (Mora et al., 2015).

Podemos concluir que, como se mencionó anteriormente, los debates en torno a la exclusión por duelo, van más allá de un contrapunto en cuanto a clasificaciones. Da cuenta de las transformaciones que se fueron gestando en las perspectivas, la racionalidad, las tecnologías y, en general, en el imaginario de las ciencias biomédicas. Ilustra el pasaje de la práctica psiquiátrica como tecnología de la normalización, hacia una lógica de gestión de la vida cotidiana, donde se aboga por el bienestar por encima del entendimiento profundo de qué es lo normal, qué lo patológico y dónde está el límite, apuntando más a los resultados que a los predisponentes (Obaid y Albagli, 2020).

Finalmente, el DSM-5 eliminó la exclusión del duelo, reconociendo que aunque el duelo puede generar un sufrimiento significativo, generalmente no constituye un episodio depresivo completo. Cuando el duelo y la depresión coexisten, es más probable que se diagnostique depresión, especialmente si hay un deterioro funcional grave. El DSM-5 distingue claramente entre duelo y depresión, señalando que mientras el duelo se caracteriza por tristeza en oleadas y está dirigido a la pérdida, la depresión implica un estado de ánimo deprimido constante y una pérdida de interés en las actividades placenteras. Aunque el duelo puede ser doloroso y disruptivo, no debe considerarse automáticamente un trastorno mental. El diagnóstico de depresión en personas en duelo debe hacerse de manera matizada, considerando la intensidad y duración de los síntomas. Este debate resalta la complejidad de diferenciar entre el duelo "normal" y la depresión "real", lo que representa un desafío tanto filosófico como empírico. Al final, una solución pragmática consiste en reconocer que tanto el duelo como la depresión pueden coexistir, pero el duelo no debe considerarse un trastorno mental por sí mismo, aunque algunas personas puedan necesitar apoyo y tratamiento en ciertos casos (Zachar, 2015).

4.Conclusiones

El duelo constituye una reacción natural o esperable, muchas veces externalizada como sufrimiento y aflicción, ante una pérdida significativa (Meza Dávalos et al, 2008). Es una experiencia universal, aunque profundamente personal, influenciada por la personalidad, la cultura y las circunstancias particulares de cada individuo (Pop-Jordanova, 2021). En la primera etapa luego de ocurrida la pérdida, es esperable que las reacciones emocionales de sufrimiento ocurran de forma aguda, intensa y disruptiva, pero con el pasar del tiempo y los procesos psicológicos pertinentes, tiende a integrarse adecuadamente en el psiquismo. Lo problemático del duelo aparece cuando esta integración o reformulación de la pérdida se vuelve difícil o inviable, allí se elaboraría un proceso desadaptativo conocido como duelo complicado (Sanz Molina et al., 2023). El duelo normal se puede entender como una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Se presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, principalmente la tristeza persistente, el insomnio, la falta de apetito y la pérdida de peso (APA, 2014). Por otra parte, el duelo complicado se caracteriza por un sufrimiento clínicamente significativo debido a un duelo no resuelto, marcado por un anhelo constante del fallecido, ira, amargura y otras señales de un duelo intenso y prolongado (Pop-Jordanova, 2021). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo y la alteración provoca un deterioro significativo en las áreas importantes del funcionamiento (OMS, 2018).

Por su parte, la depresión es un trastorno incapacitante que se caracteriza por un estado de ánimo bajo persistente, una disminución del disfrute junto con signos y síntomas que incluyen una reducción de la concentración, la energía, la autoestima y alteraciones del apetito y la calidad del sueño (McIntosh et al., 2019). Los datos recolectados por la OMS, en 2023, indican que aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión, lo que lleva a considerarla como un problema de salud pública, consolidándose, como una de las principales causas de discapacidad a nivel global y contribuyendo a la carga mundial general de morbilidad (Corea Del Cid, 2021). La depresión es un trastorno complejo que no se puede explicar por causas aisladas sino como un conjunto de factores que contribuyen a su génesis y desarrollo. Los principales factores vinculados a su etiología son los biológicos, genéticos y psicosociales o ambientales (Montes, 2004).

Es frecuente que la depresión inicie con un duelo. Hallamos entre ambos constructos una variedad de similitudes en cuanto a la sintomatología, lo que hace necesario un diagnóstico diferencial para un correcto tratamiento (Retamal Carrasco, 1995). Una importante limitación en cuanto al estudio de la depresión vinculada al duelo complicado es la falta de criterios definidos para el diagnóstico que los vincule. De todos modos, se ha establecido que aun siendo constructos diferentes, cada uno puede aumentar el riesgo de desarrollo del otro. Resulta central señalar la importancia tanto de no psicopatologizar lo que puede ser un duelo normal, como de no normalizar o presentar meramente como “reactivos” procesos patológicos que pueden requerir una atención especializada, como una depresión (Sánchez y Alayeto, 2014). Algunos índices para el diagnóstico diferencial del duelo complicado y la depresión giran en torno al contenido de los pensamientos, los temas de la tristeza, la ausencia o no de interés vinculado a la vida, la culpa, conductas evitativas y pensamientos suicidas. Es importante observar si los pensamientos y emociones del doliente siguen centrados en el fallecido (característico del duelo prolongado) o si son más generales y menos conectados con la pérdida (como en la depresión). Aunque ambos constructos comparten algunas características, también tienen diferencias clave. Para brindar un tratamiento adecuado, es esencial que los profesionales de la salud puedan realizar un correcto diagnóstico diferencial (Kristensen et al., 2017).

La presente monografía ha aportado al estudio del vínculo de dos constructos centrales en el ámbito de la psicología como lo son la depresión y el duelo. La temática resulta relevante por la elevada prevalencia clínica tanto de la depresión, como de los procesos de duelo. Se espera que mediante el presente trabajo se pueda contribuir al conocimiento de las temáticas, a la problematización de los conceptos de normalidad y patología, y a la prevención y adecuación de tratamientos en salud mental para cada caso. Asimismo resulta relevante el estudio presentado, particularmente en torno al duelo, por la escasez de su presencia en la formación de grado. Futuras investigaciones podrían avanzar en torno a criterios para los diagnósticos diferenciales y así permitir el desarrollo de mejores planes de prevención de complicaciones en torno al duelo, y mejoras en las adecuaciones clínicas de los tratamientos según las necesidades de cada paciente.

Referencias

- Águila, A. (2007). Duelo y depresión. *Disponible en:*
<https://suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2014/04/duelo-y-depresion.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cabezas Manzano, M. E. (2022). Duelo complicado y depresión en personas de 18 años en adelante: una revisión sistemática.
- Chaurand, A., Feixas, G., Neimeyer, R., Salla, M., & Trujillo, A. (2015). Historia de pérdidas y sintomatología depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 179-188.
- Coapaza Torres, Y. J., Rocha Lindo, L., & Salcedo Alcántara, S. E. (2021). Depresión por duelo.
- Corea del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Espinoza Flores, T. V. (2024). Duelo y depresión en pandemia por COVID-19 en asistentes del centro de rehabilitación para varones agresores rescatando familias, La Victoria, 2022.
- Fabila, L. J., & Hernández Montaña, A. (2022). *Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado*.

- Flores-Ruiz, C. C., Cuba-Llanos, T. L., & Cubas, W. S. (2021). Pandemia por COVID y el síndrome de duelo: ¿Un enemigo reemergente en la salud mental? *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 247-248. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.3972>
- Flórez, S. D. (2002). Duelo. *ANALES Sis San Navarra*, 25(Suplemento 3), 77-85.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 243-258). Amorrortu Editores.
- Friedrich, M. J. (2019). La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. *JAMA*, 322(9), 839–840. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14385>
- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2017). What distinguishes prolonged grief disorder from depression? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0851>
- McIntosh, A. M., Sullivan, P. F., & Lewis, C. M. (2019). Uncovering the genetic architecture of major depression. *Neuron*, 102(1), 91-103.
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., & Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo: Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., et al. (2023). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

- Montes, C. (2004). La depresión y su etiología: Una patología compleja. *Academia Biomédica Digital*, ISSN-e, 1-15.
- Mora, M. E. M., Gutiérrez, E. J. S., & Quintanar, T. R. (Eds.). (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Intersistemas.
- Mulinari, S. (2012). Monoamine theories of depression: Historical impact on biomedical research. *Journal of the History of the Neurosciences*, 21(4), 366–392.
<https://doi.org/10.1080/0964704X.2011.623917>
- Muñoz Rodríguez, E. M. (2019). Relación entre el duelo y la depresión: Una perspectiva psicodinámica.
- National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). (2022). *Depression in adults: treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Obaid, F. P., & Albagli, R. D. L. F. (2020). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud colectiva*, 15, e2319.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*. Geneva: World Health Organization.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2009949293>

- Peña-Vargas, C., Armaiz-Peña, G., & Castro-Figueroa, E. (2021). A biopsychosocial approach to grief, depression, and the role of emotional regulation. *Behavioral Sciences*, 11(8), 110. <https://doi.org/10.3390/bs11080110>
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3).
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98.
- Pop-Jordanova, N. (2021). Grief: Aetiology, symptoms and management. *Prilozi*, 42(2), 9-18. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0020>
- Real Academia Española. (2024). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed., actualización 23.8). <https://dle.rae.es>
- Retamal Carrasco, P. (1995). Relación entre duelo y depresión. *Revista Psiquiátrica (Santiago de Chile)*, 34-42.
- Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & von Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 105–109. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>
- Romero, V., & Rodríguez, J. A. C. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 13(1), 23-37.

- Sánchez-Lucas, N., & Alayeto-Gastón, M. (2014). Tratamiento psicológico en un caso de duelo patológico: Entre la depresión y el trauma. En *Libro de Capítulos del X Simposio Nacional de Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos* (p. 17).
- Sanz Molina, B., Sanz Cortés, A., & Cruzado Rodríguez, J. A. (2023). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139–165.
- Villalba, L. (2010). Tratamiento de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 169–178.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Zachar, P. (2015). Grief, depression, and the DSM-5: A review and reflections upon the debate. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18, 540-550.