

Lorena De La Torre Ruiz

**Factores de riesgo, vulnerabilidad psicológica y
bases neurobiológicas en el Trastorno de Duelo
Prolongado: Una revisión bibliográfica**

Dirigido por el Dr. Santiago Mora Parada
Grado en Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2026

Índice

Resumen.....	2
Introducción	4
Objetivos	8
Método	8
Resultados	13
Discusión	23
Referencias bibliográficas	32

Resumen

El trastorno por duelo prolongado es una condición psicológica experimentada tras la pérdida de un ser querido y cuyos síntomas nucleares son la experimentación de anhelo persistente y una intensa preocupación por pensamientos o recuerdos de la misma, que dura al menos 12 meses después de la pérdida.

El objetivo de esta revisión sistemática fue investigar sobre los factores de vulnerabilidad psicológica, neurobiológica y ambiental que diferencian el proceso de duelo integrado de un duelo prolongado, con fin de establecer un perfil de riesgo susceptible de beneficiarse de intervenciones tempranas de carácter preventivo. Para ello, realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed y se seleccionaron un total de 16 estudios, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Aunque no ha sido posible establecer de forma concluyente cuáles son los factores imprescindibles para el desarrollo del TDP, la evidencia disponible señala como principales factores de riesgo un bajo nivel socioeducativo, las pérdidas violentas o inesperadas y la existencia de una relación de elevada interdependencia con la persona fallecida. Asimismo, los resultados sugieren que variables como la edad, la experimentación de miedo u horror en momentos previos a la pérdida, el tipo de apego hacia la persona fallecida y las estrategias de afrontamiento empleadas pueden influir en la gravedad, persistencia o mantenimiento de la sintomatología asociada al trastorno. Estos hallazgos permiten proponer un perfil de alto riesgo que podría beneficiarse de estrategias preventivas dirigidas a reducir la probabilidad de desarrollar TDP.

El trastorn per dol prolongat és una condició psicològica experimentada després de la pèrdua d'un ésser estimat i els símptomes nuclears dels quals són l'experimentació d'anhel persistent i una intensa preocupació per pensaments o records, que dura almenys 12 mesos després de la pèrdua.

L'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica va ser investigar els factors de vulnerabilitat psicològica, neurobiològica i ambiental que diferencien el procés de dol integrat d'un dol perllongat, per establir un perfil de risc susceptible de

beneficiar-se d'intervencions primerenques de caràcter preventiu. Per fer-ho, va fer una cerca bibliogràfica a la base de dades PubMed i es van seleccionar un total de 16 estudis, després d'aplicar els criteris d'inclusió i exclusió prèviament definits.

Tot i que no ha estat possible establir de manera concloent quins són els factors imprescindibles per al desenvolupament del TDP, l'evidència disponible assenyala com a principals factors de risc un nivell socioeducatiu baix, les pèrdues violentes o inesperades i l'existència d'una relació d'elevada interdependència amb la persona morta. Així mateix, els resultats suggereixen que variables com l'edat, l'experimentació de por o horror en moments previs a la pèrdua, el tipus d'aferrament cap a la persona morta i les estratègies d'afrontament emprades poden influir en la gravetat, la persistència o el manteniment de la simptomatologia associada al trastorn. Aquestes troballes permeten proposar un perfil d'alt risc que es podria beneficiar d'estratègies preventives adreçades a reduir la probabilitat de desenvolupar TDP.

Prolonged grief disorder is a psychological condition experienced after the loss of a loved one. Its core symptoms are persistent longing and intense preoccupation with thoughts of the deceased, lasting at least 12 months after the loss.

The aim of this systematic review was to investigate the psychological, neurobiological, and environmental vulnerability factors that differentiate integrated grief from prolonged grief, in order to establish a risk profile that could benefit from early preventive interventions. A research was conducted in PubMed database, and 16 studies were selected after inclusion and exclusion criteria.

Although it has not been possible to conclusively establish which factors are essential for the development of prolonged grief disorder, the available evidence points to low socio-educational status, violent or unexpected losses, and a highly interdependent relationship with the deceased as the main risk factors. Furthermore, the results suggest that variables such as age, the experience of fear or horror in the moments leading up to the loss, the type of attachment to the deceased, and the coping strategies employed can influence the severity, persistence, or maintenance of the symptoms associated with the disorder. These findings allow us to propose a high-risk profile that could benefit from preventive strategies aimed at reducing the likelihood of developing personality disorder.

Introducción

El duelo es un proceso adaptativo natural que consiste en una respuesta emocional, cognitiva y conductual que experimentan las personas tras una pérdida significativa (Zisook y Shear, 2019). Esta respuesta al duelo es universal, pero única en cada individuo. Generalmente, la intensidad de esta respuesta para afrontar el duelo tiende a disminuir con el tiempo (Maercker et al, 2012), facilitando la adaptación a la nueva situación y permitiendo al individuo volver a retomar su ritmo de vida habitual. Sin embargo, la evidencia reconoce que una pequeña proporción de personas en duelo desarrolla una condición psiquiátrica distinta que implica reacciones de duelo persistentes e incapacitantes (Shear M.K, 2015).

Por este motivo, en 2022, el Trastorno de Duelo Prolongado (en adelante, referido como TDP) fue reconocido oficialmente en el manual *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.^a ed., texto revisado (American Psychiatric Association, 2023).

Los dos síntomas principales de este trastorno son el anhelo persistente y generalizado por la persona fallecida y una intensa preocupación por pensamientos o recuerdos de la misma, que dura al menos 12 meses después de la pérdida. El TDP solo puede diagnosticarse tras el fallecimiento de una persona cercana. Entre los síntomas adicionales se incluyen incredulidad y la falta de aceptación de la pérdida, embotamiento afectivo, alteración de la identidad, evitación de recuerdos sobre la muerte, sensación de soledad, intenso dolor emocional y pérdida del sentido de la vida. (Prigerson et al. 2009). Según los criterios diagnósticos, estos síntomas deben estar presentes la mayoría de los días durante al menos un mes y causar un malestar significativo (American Psychiatric Association, 2022).

Por otro lado, el TDP aumenta el riesgo de suicidio y está relacionado con graves problemas de salud, como con enfermedades cardiovasculares, cáncer, abuso de sustancias, problemas de sueño y enfermedades crónicas (Cunningham et al, 2025).

A pesar de que la evidencia está mejorando la comprensión del duelo y su psicopatología asociada, los predictores y la etiología de estos diversos resultados siguen sin comprenderse suficientemente. Algunos factores de riesgo estudiados para el desarrollo de duelo prolongado incluyen características demográficas, circunstancias relacionadas con la muerte, experiencia subjetiva sobre la misma, apoyo social percibido y condiciones psiquiátricas preexistentes. Los factores de riesgo demográficos incluyen el sexo femenino, la edad avanzada y el estatus socioeconómico bajo (Kersting et al., 2011).

Respecto a las circunstancias relativas a la muerte, se ha estudiado el duelo causas naturales, esperadas (debidas a una larga enfermedad o por factores relacionados con una edad avanzada) y por pérdidas repentinas (por ejemplo, suicidio, homicidio o accidente), que se ha relacionado con una propensión a desarrollar condiciones de duelo prolongado (Guldin et al., 2017). Además, los cuidadores en duelo pueden tener factores de riesgo únicos. Se ha observado que el desarrollo de un duelo prolongado en esta población se predice por un duelo previo a la pérdida grave y síntomas depresivos (Nielsen et al., 2017).

La evidencia también se centra en el análisis del tipo de relación, donde se ha observado un aumento del riesgo de TDP en individuos que experimentan la muerte de un cónyuge/pareja o hijo en comparación con otras relaciones de parentesco (Schoo et al., 2025).

Por otro lado, existen factores predictivos relacionados con la dependencia interpersonal, el apego del individuo con el fallecido tras la muerte (Albuquerque et al., 2020), así como la calidad de la relación con el fallecido antes de la muerte, caracterizada por una mayor cercanía y ansiedad por apego (Buqo et al., 2020).

Asimismo, aunque las imágenes mentales angustiantes no representan un criterio diagnóstico a diferencia, por ejemplo, de trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el Trastorno de Estrés Agudo y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, un porcentaje significativo de pacientes con PGD informa tener recuerdos o imágenes intrusivas relacionadas con la pérdida, por lo que puede representar un importante factor de mantenimiento (Baddeley et al., 2015).

Además de los factores de vulnerabilidad psicológica, también se han estudiado los trastornos comórbidos de esta condición y su efecto en la gravedad sintomatológica. Se ha observado que la prevalencia del duelo prolongado es mayor entre las personas con antecedentes de un trastorno del estado de ánimo como, por ejemplo, trastorno bipolar o depresión mayor (Sung et al., 2011). La depresión, la ansiedad y el TEPT se encuentran entre las comorbilidades más frecuentes en pacientes con probable TDP (Prigerson et al, 2021; Rosner et al., 2014). De hecho, parece que la presencia de depresión durante las fases tempranas del duelo puede aumentar el riesgo de desarrollar duelo prolongado (Guldin et al., 2017).

Diversos estudios han encontrado al menos un trastorno comórbido en el 71,4 %-86 % de los pacientes con síntomas de duelo desadaptativo (Haneveld et al., 2022; Rosner et al., 2014; Simon et al., 2007). Asimismo, un mayor número de comorbilidades se asocia tanto con una mayor probabilidad de tener un duelo desadaptativo como con una mayor gravedad en sus síntomas (Simon et al., 2007).

Los avances en neurociencia, por otro lado, han permitido una comprensión más profunda del trastorno mediante la investigación de sus bases neurobiológicas. Estudios realizados con fMRI muestran activaciones desadaptativas de estructuras como la amígdala, de vital importancia en la influencia de la percepción de tristeza, angustia por separación, almacenamiento y recuperación de la memoria emocional, y detección de amenazas relacionadas con el apego (Hwang et al., 2025). Asimismo, se han observado anomalías generalizadas en la activación cerebral entre conexiones perceptivas y reguladoras del estado emocional, tras la presentación de estímulos emocionales de distinta valencia, relacionados o no con el duelo (Fernández-Alcántara et al., 2020).

El TDP se relaciona con una actividad inusual en los nodos de la red de saliencia (salience network, SN), incluyendo la corteza cingulada anterior dorsal (anterior cingulate cortex, ACC), la ínsula, la amígdala y el cuerpo estriado ventral, durante estímulos emocionales tanto específicos del duelo como generalizados (O'Connor et al., 2008). También se observa una activación anormal en nodos de la DMN, la red de control ejecutivo (executive control network, ECN), la red somatomotora (somatomotor network, SMN), red de atención ventral (ventral attention network,

VAN) y dorsal (dorsal attention network, DAN) y la red visual (visual network, VN), con intensidades de actividad que se relacionan con la gravedad de la evitación y la soledad (Hwang et al., 2024). Estas alteraciones podrían provocar unos tiempos de reacción más lentos, un aumento del sesgo atencional (O'Connor et al., 2014) y potencialmente una mayor actividad de la ACC dorsal ante señales relacionadas con el duelo.

Considerando el duelo como una experiencia universal e inherente a la condición humana, a la que toda persona está expuesta en múltiples ocasiones a lo largo de su vida, parece importante tener en cuenta que, en términos poblacionales, un porcentaje significativo de individuos podría desarrollar un proceso persistente, generalizado y clínicamente significativo que implica niveles elevados de sufrimiento y deterioro funcional tras una pérdida. Es por esto que resulta importante investigar y descubrir los factores de riesgo de este trastorno.

Se realiza esta revisión con el objetivo de conocer, por un lado, los factores que diferencian un proceso de duelo adaptativo del desarrollo del trastorno por duelo prolongado y, por otro, conocer las bases neurobiológicas y su expresión a nivel clínico, con el fin de determinar un perfil de riesgo de TDP susceptible de beneficiarse de una intervención temprana.

En este sentido, la pregunta que intenta responder este TFG es:

¿Permite la evidencia actual sobre los factores de vulnerabilidad psicológica, social y neurobiológica identificar personas con mayor riesgo de desarrollar trastorno por duelo prolongado?

Teniendo en cuenta que se estima que aproximadamente el 10% de las personas en duelo desarrollan un trastorno de duelo prolongado, así como la heterogeneidad de su presentación clínica y el grado de deterioro funcional y sufrimiento que puede conllevar, el TDP se convierte en un fenómeno de importante relevancia. Con el fin de minimizar su impacto a nivel individual, familiar, social y ocupacional, profundizar en los factores de vulnerabilidad y mecanismos neurobiológicos implicados en su desarrollo constituye un paso razonable para fundamentar intervenciones más precisas, preventivas y terapéuticamente eficaces.

Objetivos

Objetivo general:

1. Establecer un perfil de riesgo para el desarrollo de TDP
2. Estudiar las bases neurobiológicas del TDP

Objetivos específicos:

- Conocer las variables psicológicas que distinguen un proceso de duelo prolongado de un duelo adaptativo
- Investigar sobre los factores de riesgo del TDP
- Estudiar la expresión de las alteraciones neurobiológicas en el comportamiento de las personas con TDP

Método

Para lograr los objetivos propuestos, se ha llevado a cabo una revisión sistemática. La información se ha recogido utilizando la plataforma de PubMed, cuya base de datos ha sido científicamente validada.

Este buscador utiliza un sistema de vocabulario controlado denominado *Medical Subject Headings* (MeSH), que permite optimizar la precisión y especificidad de las búsquedas bibliográficas. Por otro lado, PubMed no incluye "literatura gris", tal como informes no publicados, tesis, u otros materiales que no siguen el proceso convencional de publicación y pueden llegar a limitar la exhaustividad de la fuente.

La búsqueda se realizó en inglés, con el objetivo de no limitar el alcance de las fuentes de información de esta revisión, permitiendo así el acceso a un mayor número de estudios y diversidad de muestras. Además del idioma, como criterios de inclusión se añadieron el criterio temporal (artículos publicados en los últimos cinco años) y el acceso público la documento, para asegurar el proceso de recuperación de información.

Respecto a los criterios de exclusión, respecto al tipo de estudio realizado, no se han tenido en cuenta revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, estudios de caso único y estudios realizados con animales. Por otro lado, con la intención de

centrar la búsqueda en los objetivos planteados, también se excluyeron estudios centrados en la evaluación de tratamientos, procesos de evaluación y valoración, estudios centrados principalmente en otros trastornos y aquellos estudios cuya muestra fuera inferior a 50 participantes.

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, se llevó a cabo la primera búsqueda, centrada en las bases neurobiológicas del trastorno.

Primera búsqueda	Nº artículos
(Prolonged grief disorder[Title]) AND (neurobiology OR neuroimaging OR brain OR amygdala)	19
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	4

A continuación, se llevó una segunda búsqueda centrada en estudios enfocados en identificar factores de riesgo del TDP.

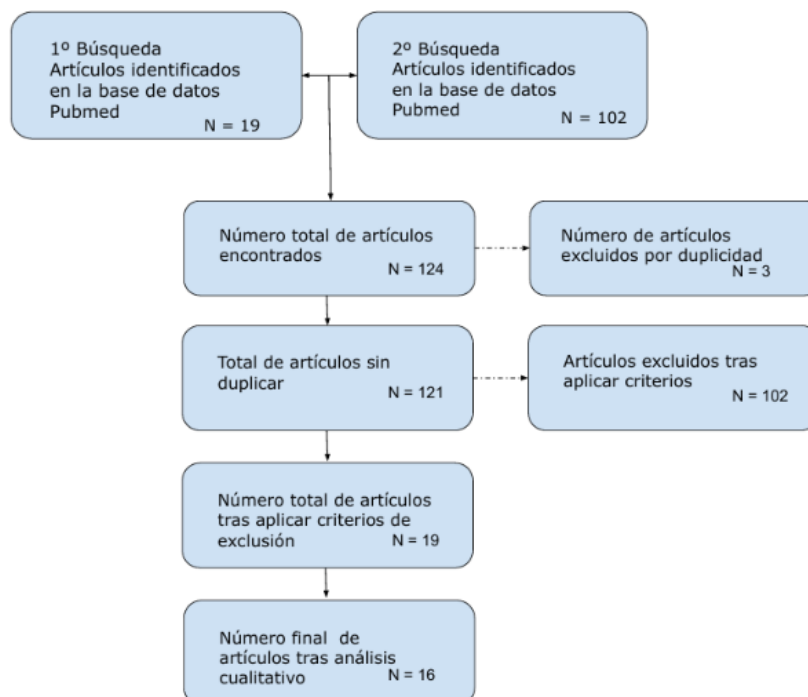
Segunda búsqueda	Nº artículos
(Prolonged grief disorder[Title]) AND (Risk factor OR Comorbidity OR attachment OR avoidance OR Interpersonal problems) NOT (review)	102
Criterios de inclusión	70
Criterios de exclusión	15

vez iniciado el análisis, se excluyeron 3 de los artículos seleccionados:

1. *Sardella A, Musetti A, Caponnetto P, Quattropani MC, Lenzo V. Prolonged Grief Disorder and Symptoms of Anxiety and Depression among Bereaved Family Caregivers in the Context of Palliative Home Care. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2023 Feb 17;13(2):490-500. doi: 10.3390/ejihpe13020037. PMID: 36826221; PMCID: PMC9955476.* Este estudio proporciona información relevante sobre el diagnóstico de TDP en familiares cuidadores, pero la baja prevalencia en su muestra (4.46%), junto al largo periodo de TSL (M = 3.59 años) pueden limitar la interpretación de los datos relacionados con los factores de riesgo de TDP.

2. Boelen PA. *Symptoms of prolonged grief disorder as per DSM-5-TR, posttraumatic stress, and depression: Latent classes and correlations with anxious and depressive avoidance.* *Psychiatry Res.* 2021 Aug;302:114033. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114033. Epub 2021 May 27. PMID: 34134030. A pesar de que en este estudio se relaciona la gravedad de la sintomatología por duelo con variables imprescindibles en esta revisión, no ofrece información sobre la cantidad de sujetos diagnosticados de TDP, impidiendo lograr el objetivo de identificar factores de riesgo.
3. Yıldırım YE. *Prevalence of Prolonged Grief Disorder and Related Clinical Factors Among Turkish Psychiatric Outpatients During the COVID-19 Pandemic.* *Omega (Westport).* 2025 Dec;92(2):686-702. doi: 10.1177/00302228231187296. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37386898; PMCID: PMC10315512. Este estudio ha sido excluido ya que su foco se centra en pacientes de TDP por duelos provocados por el COVID-19. El contexto de pandemia está relacionado con muchos factores específicos (aislamiento social, sensación de soledad, restricciones relacionadas al contacto con los familiares enfermos o imposibilidad de llevar a cabo los rituales de duelo tradicionales) que pueden haber influido potencialmente en el desarrollo y expresión del trastorno, dificultando la generalización de sus resultados a otros contextos.

Por lo tanto, el número total de estudios incluidos en esta esta revisión es de 16.



Así, los resultados de la primera búsqueda, son:

Referencia bibliográfica	País	Diseño Estudio	Muestra	Resultados	Conclusiones
Harrison et al. (2021)	Alemania	Estudio transversal	N: 54, de Alemania -EG (PGD): 27 -CG: 27 18-75years Con estudios superiores (72.22%).	EG ↑ psicopatología, correlación c/ ↑ freq in mental imagenes. EG ↑freq imagenes positivas y negativas, ↓control negativas, ↑vivas CG ↑freq imagenes positivas de futuro No conexión TSL c/ imagenes.	Imagenes mentales (positivas y negativas) muy frecuentes en TDP. Positivas, pueden ser maladaptivas (posible factor mantenedor)
Hwang et al. (2025)	Estados Unidos	Estudio transversal	N: 72 -TDP, N: 34. (N: 18 with comorbidity) -DI, N: 38. Sin diferencias de edad, género, nivel educativo o TSL.	↑ Activación R_Amyg c/ E. negativos FC: PGD < IG: ↓ conectividad R amygdala-PCC/precúneo. ↓ correlated w/ avoid reminders Estado reposo: PGD > IG: ↑ conectividad R amygd-tálamo. Con tarea (mPFC, ACC, frontal, motor, occipital) ↔ ↓ evitación. L mPFC/subgenuel ACC ↔ ↑ soledad	Proceso desregulado en circuitos amigdala c/ E emocionales negativos. Bajo FC (R_Amyg - PCC/precúneo) Estado reposo ↑ en TDP Correlación con soledad
Brookman et al. (2024)	Dinamarca	Longitudinal observational study	N: 761, Dinamarca. -Parejas: 552. Edad 70.10, 9.65. Mujeres (70.11%) -Hijos adultos: 209. Edad: 44.70,10.33. Mujeres (56.46%)	PG 13-CES a 2-6-11-26 meses. PG13: Cambia efecto de symp según relación (cónyuge > hijos). CES: cónyuge > hijos. Efecto: TSL & relación. No interaction. PG 13↔ CES↑	Partners w/ ↑ PG scores& proclivity to centralize the event. Maintenance predict maintenance of symp (no rel diff) Women ↑ centrality
Boelen, P (2021)	Países bajos	Estudio transversal	N: 436 Y: 46 (12.2) M: 86.2%	3G (LCA) by symp. Ppal TDP symp y comorbilidad en G c/ TEPT + D 3ºG (alta symp): ↑ probabilidad de ↓ educación, ↓ TSL, pérdida de pareja/hijo/a & por causa violenta. ↑ evitación en 2ºG (D) 3ºG (D+A)	Evitación, depression y ansiedad -> peor symp. Predictor: ↓educación, TSL, relación (pareja/hijo) y causa violenta

Respecto a la segunda búsqueda:

Referencia bibliográfica	País	Diseño Estudio	Muestra	Resultados	Conclusiones
Lenzo et al. (2022)	Australia	Estudio transversal	N: 157, Italia. Edad (Y): 18-81. Mujeres (M) (77.1%), c/ estudios superiores (HS) (42%)	↑ symp en esposas/hijas respect sobrinos/familia politica Apoyo S ↔ ↓ con A evitativo/ansioso. A evitativo correl c/ ↑ symp, ↓ percepción de apoyo social A ansioso: no significativo.	A evitativo: moderador+predictor A evitativo y ansioso, interacción c/ intensidad de sintomas.
Wen et al. (2022)	Taiwan	Análisis secundario de estudio de cohorte longitudinal	N: 849 M (70.4%) Esposas (60.8%) Hijos/as adultos (24.1%). Y: 51.16 (SD: 12.95)	Edad/género no predispone a tj. ↓situación económica + ↑ symp D -> tj c/ malestar, no influye en apoyo social percibido o causa muerte. Tj c/ malestar: ↑ para esposas, ↓ para hijos/as adultos cuidadores, c/↑ carga y ↑ puntuación SOC	↑ carga & ↑ puntuación SOC -> protector. Edad, género, apoyo social, causa muerte, no sign. Situación económica, symp D, predict tj de resiliencia. Esposas: ↑probabilidad de malestar

Boelen y Lenferink (2022)	Países bajos	Estudio de cohorte longitudinal	N: 306 No TDP: 275. Y: 46.83 (12.65). M: 84.7% Sin estudios (SE). 40% Probable (P)TDP 31 Y 52.81 (13.41). M: 80.6% SE. 74.2%	PTDP ↑ ICG-R puntuación. No dif en género /TSL. Sí en edad (↑), relación (cercanía), causa (violenta/innatural) & bajo nivel de estudios. PTDP en W2, 22 cumplen criterios en W1. (83.33% accuracy). Symp en W 1 que predijeron TDP: preocupación, vacío, falta de sentido y dificultad en funcionalidad.	↑ riesgo al cumplir criterios de TDP antes del 1º año. Fac. De riesgo: Bajo nivel de educación, muerte de hijo y causa no natural/ violenta.
Shevlin et al. (2023)	Reino Unido	Estudio transversal	N: 2025 de UK. En duelo. M: 49.9% -18-34 y: N206 -35-44 y: N247 -45-54 y: N349 -55-64 y: N483 -+65 y: N492	2.4% con PTDP c/ criterio estricto 7.9% con PTDP c/ criterio moderado. Predictores-> c/ salario, TSL, muerte hijo, religiosidad y D. Criterio moderado c/ residencia, urbanidad, juventud & soledad. Sin diferencias de género.	Predictores: ↓ salario, juventud, en relación sin compromiso, c/ ayudas estado, fac sociodemográficos y estado de salud mental.
Pociunaite et al. (2023)	Países bajos Alemania	Estudio longitudinal y observacional	N=398. Alemania y Países bajos En duelo. Y: 61.44 (15.36) M: 64.2% SE: 57.5%	Trayectorias identificadas: TDP symp baja: ↓ symp y recuperación (recu) progresiva 49% TDP alto: ↑ symp recu lenta 35% TDP rápida recuperación. ↑ symp recuperación rápida 10% TDP alto estable: ↑Symp no recu 6%	% significativo de pax con ↑ symp iniciales, duraderos. Predictores: Bajo nivel educación y causa muerte (no natural).
Na et al. (2023)	Estados Unidos	Estudio transversal	N: 2.441 Veteranos de Guerra Y: 63.2 (15.3) Hombres(H): 89.5%	Asoc. c/ dx: Experiencias adversas en infancia, género (M) causa no natural de muerte, relative a COVID, nº de muerte experimentado y dx de TEPT, DM y GAD	Influencia de experiencias previas, género, causa muerte y dx comórbidos
Rueger et al. (2024)	Países bajos Alemania	Estudio transversal	N: 101 Y: 45.27 (14.66) M: 45.54% H: 53.47% No binario: 0.99% C-11: 16.83% DSM5tr: 10.89%	% de dx comórbido: no dif entre c/ o s/ TDP. F4 Categoría comorb + común. 58.41% c/ D + TUS TSS + común en TDP Otros dx: TOC, bipolar & assoc. c/ puerperio. TDP (CIE-11) c/ ↑ puntuación BDI-II, PCL.5, SOMS-7T & PID5BF	TDP(CIE-11) asoc c/ neuroticismo, estrés + TSS, + ↑ severidad symp. TDP(DSM-5) c/ TEPT y D severo. ↑ Comorbilidad c/ ↑ symp - s. afectivos (ansiedad (anx), inseguridad).
Wen et al. (2022)	Taiwan	Estudio longitudinal y observacional	N: 319 M: 59.2% SE: 49.5% Bajo nivel de vida: 14.1%	Estados: sin malestar (56%), D/anx (30%), anx+D+TEPT (13%). Estable s/ malestar (99%). Sin malestar, ↓ symp 3m (↑77%pax). 33-43% persiste en malestar. 3m-> malestar ↑ riesgo de dx 6m: D/anx OR~15; anx+D+PTSD OR~105.	Estados con mayor malestar c/ ↑ symp comorbidos d anx. D, TEPT. Symp severa de D/anx/ TLP/TEPT en 3m ↑ riesgo de dx a los 6m
Sekowski y Prigerson, (2021)	Polonia	Estudio transversal	N: 241 Y: 42.84 (16.21) M: 63,1 Años de educación (Y ed): 5 - 24.	Mujer+ inesperada: ↑ severidad TDP Relación neg c/ severidad y TSL Dependencia (dep) analítica c/ TDP Symp D c/ symp TDP Dep relacional asoc c/ D+↑ symp TDP	Asoc c/ dep. interpersonal c/ severidad symp TDP. ↑ relación c/ dep analítica - ↑ symp TDP.
Doering et al. (2022)	Alemania	Estudio transversal observacional	N: 811 en duelo Y: 55.1 (17.8) M 59.2% SE: 83.8% Bajo salario: 38%	PTDP: 4.7% (inesperado 7%, esperado 2.7%) TSL correlación c/ edad + ↑ symp Inesperado, TSL, muerte hijo - > ↑ symp TDP	Identificada influencia de TSL, muerte hijo y inesperabilidad (éste asoc c/ gravedad symp). Edad y género no sign
Redican et al. (2025)	Canadá	Estudio transversal observacional	N: 1170, Canada Y: 48,23 (16,65) M: 54.5% Con estudios: 62.5%	Reacción emocional + común: tristeza. + shock, incredulidad - común: horror, alivio. Mujer: ↑R emocional (salvo Alivio, + común en hombres)	Importancia emociones previas a pérdida. Miedo: predictor of TDP y TEPT (↑symp & dx),

			Bajo salario: 36,4%	Miedo + muerte hijo-> predictor TDP	mujer, muerte hijo/cónyuge-> riesgo
Blair et al. (2025)	Estados Unidos	Estudio transversal	N: 89 TDP: 49.4% -Y: 62.2(8.8) -M. N34 -Y ed: 15.9 (2) DI: 50.6% -Y: 64.4 (8.1) -M. N38 -Y ed: 16.7 (2.8)	G c/ TDP: 29 c/ comorbilidad (D 65.5%). TDP ↑ conectividad entre SN and DMN, correlación entre conectividad + severidad symp & evitación de duelo Baja conectividad en red de regulación (SN-DMN, DMN-VAN, DAN-VAN, LECN-SMN y DMN-LECN)	TDP-> ↑ conectividad en red relacionada c/ evitación: ↑ symp duelo. Menor conectividad c/ red de regulación emocional: pensamientos intrusivos, anhelo y evitación

Resultados

Los factores de riesgo han sido agrupados en seis categorías.

En primer lugar, teniendo en cuenta los factores sociodemográficos, varios estudios han evaluado el género como un predictor del TDP. Por su parte, Doering et al. (2022) y Sekowski y Prigerson (2021) encontraron una mayor gravedad en los síntomas de duelo en mujeres, en comparación con los hombres. En concordancia con estos hallazgos, Na et al. (2023) identificaron el sexo femenino como el segundo factor de riesgo con mayor correlación con el diagnóstico de TDP (11.8%) en su muestra.

Redican et al. (2025), examinaron la relación entre las emociones previas al fallecimiento y el desarrollo de TDP, y encontraron puntuaciones de intensidad más elevadas en mujeres, respecto a los hombres. Este dato resulta relevante, teniendo en cuenta que estas reacciones emocionales previas a la pérdida fueron significativamente asociadas con una mayor gravedad de los síntomas del TDP. Asimismo, Brookman et al. (2024) encontraron una mayor sintomatología de TDP en mujeres en su primera recogida de información, realizada a los dos meses tras la pérdida, sin embargo, esta diferencia dejó de ser significativa en la última recogida, realizada tras 29 meses después.

Sin embargo, la evidencia no está siempre alineada respecto a este factor de riesgo. Diversos estudios de esta revisión (Shevlin et al. (2023), Hwang et al. (2025), Blair et al. (2025) y Wen et al. (2022)) evaluaron este factor y no obtuvieron resultados significativos en sus muestras.

En segundo lugar, la edad se ha identificado como un factor de riesgo potencial. Shevlin et al. (2023) distinguieron entre dos trayectorias de duelo prolongado (DPP) (moderado y grave) y encontraron que la edad más joven se asociaba con ambas. Estos efectos fueron más pronunciados en personas que habían sufrido la muerte de un hijo. Pociunaite et al. (2023) informaron hallazgos similares. En su estudio, se encontraron cuatro trayectorias con respecto a dos variables: intensidad de los síntomas y evolución a lo largo del tiempo. La edad más joven determinó la pertenencia a un DPP alto con recuperación lenta, caracterizado por niveles de síntomas relativamente elevados y una disminución lenta con el tiempo, manteniéndose cerca del umbral de DPP.

Por otro lado, Boelen, P. (2021) identificaron tres trayectorias para personas en duelo y encontraron que la edad más joven predecía la pertenencia a la clase de DPP predominante (en comparación con la clase de síntomas bajos), mientras que la edad más avanzada predecía la pertenencia a la clase de síntomas más elevados (en comparación con las clases de DPP bajo y predominante).

En contraste, Boelen y Lenferink (2022) reportaron una mayor prevalencia de TDP en participantes de mayor edad.

Finalmente, no se ha encontrado ninguna diferencia en el resto de los estudios que miden esta variable (Hwang et al., (2025), Blair et al., (2025) y Wen et al. (2022)).

En tercer lugar, el nivel educativo se ha medido ampliamente como un factor de riesgo en el TDP. Na et al (2023) encontraron una asociación negativa entre el nivel de educación y la gravedad de la sintomatología de TDP, mientras que Boelen and Lenferink (2022) observaron una relación negativa significativa entre el nivel de educación y la prevalencia del trastorno.

Hwang et al. (2025), observaron en una amplia muestra de individuos en proceso de duelo, que cuyo grupo experimental -con diagnóstico de TDP, se caracterizaba por un nivel inferior de educación, respecto al grupo control -en duelo, pero sin cumplir los criterios diagnósticos. Estos resultados son acordes con los encontrados por Boelen, P. (2021) y Pociunaite et al. (2023), en los que observaron que aquellos individuos con niveles inferiores de educación tenían más probabilidad de seguir trayectorias de desarrollo del trastorno caracterizadas por una mayor intensidad de sintomatología y, en general, más complicadas, en comparación con los grupos con mayor nivel de educación.

Diversos estudios han evaluado el tipo de relación entre el paciente con TDP y el difunto. Doering et al. (2022) informaron de que aquellos participantes que habían sufrido la pérdida de un hijo eran los que mostraban mayores niveles de gravedad de sintomatología, seguido tras la muerte de la pareja. En la misma línea, Redican et al. (2025) encontraron una asociación significativa entre la pérdida de un hijo y el desarrollo y severidad de síntomas de TDP, seguido de la muerte de la pareja (junto con la experimentación de altas emociones- de cualquier tipo, previas a la muerte).

Según Brookman et al. (2024), aquellos individuos que han perdido a su pareja muestran una sintomatología más intensa en comparación con la pérdida de un progenitor. Sin embargo, esta relación dejaba de ser estadísticamente significativa en evaluaciones posteriores. Acorde con este estudio, Hwang et al. (2025) y Blair et al. (2025) observaron en su grupo de participantes con TDP un porcentaje mayor de individuos que habían perdido a su pareja, respecto al grupo control.

Boelen, P. (2021) y Wen et al. (2022), a su vez, identificaron la pérdida de la pareja como un predictor significativo de la evolución clínica, asociándose a una mayor severidad de los síntomas de TDP. En cambio, la pérdida de un progenitor se relacionó con una menor probabilidad de presentar trayectorias de alta sintomatología a lo largo del tiempo. En la misma línea, Lenzo et al. (2025) encontraron que la relación con la persona fallecida influía en la gravedad de los síntomas, siendo los cónyuges el grupo con mayor severidad, seguidos de hijos/as, sobrinos/as y, por último, familiares políticos.

Por otro lado, Na et al. (2023) observaron una asociación significativa entre el TDP y las muertes causadas por COVID-19 (10,2%).

Finalmente, Wen et al. (2022) encontraron que una situación socioeconómica baja aumentaba la probabilidad de los participantes de pertenecer a cuatro de las seis trayectorias más angustiosas identificadas.

Respecto a los factores de riesgo relacionados con la historia personal, Na et al (2023), determinaron que haber sufrido experiencias adversas en la infancia era el factor que más correlacionaba con el desarrollo de TDP (28%). Por otro lado, también encontraron significativo el número de muertes cercanas experimentadas a lo largo de la vida (9.2%).

En tercer lugar, respecto a factores psicológicos, Lenzo et al. (2025) evaluaron la influencia del tipo apego (evitativo y ansioso) como factor de riesgo. Los análisis de regresión indicaron que ambos tipos de apego tenían un efecto significativo en la severidad de los síntomas, al controlar la variable de percepción de apoyo social. Así, el apego de tipo evitativo predecía niveles mayores de sintomatología y se asoció con una menor *percepción* de apoyo social y familiar, mientras que el apego tipo ansioso mostró un efecto directo sobre la sintomatología, pero no interactuó de forma significativa con el apoyo familiar y social percibido.

Por su parte, Boelen, P. (2021) observaron que aquellos participantes clasificados en las trayectorias con mayor severidad de síntomas, presentaban niveles más elevados de evitación, respecto a aquellos en trayectorias menos disruptivas.

Por otro lado, respecto al nivel de dependencia entre el paciente y la persona fallecida, Sekowski y Prigerson (2021) examinaron la relación entre dos tipos de dimensiones de dependencia —la dependencia inmadura o anaclítica y la dependencia más madura o basada en la relacionalidad— y la gravedad del TDP, a través de modelos de regresión. En sus resultados, observaron una asociación positiva entre la dependencia anaclítica y la severidad de los síntomas de TDP. En este modelo, los síntomas depresivos explicaron una proporción significativa de esta severidad (6%). Al eliminar esta variable, la asociación entre dependencia anaclítica y severidad de síntomas seguía siendo significativa, mostrándose independiente de ésta. Así, a mayor dependencia anaclítica, mayor sintomatología. La dependencia basada en la relacionalidad no resultó ser significativa como predictor en ningún modelo.

Independientemente del grado de severidad de los síntomas depresivos, los autores afirman que una excesiva dependencia explica gran parte de la severidad patológica del duelo. Esta asociación resultó independiente de factores sociodemográficos, como son el género o las circunstancias de la muerte.

En una línea similar, Boelen, P. (2021) estudiaron la influencia del uso de estrategias de evitación, teniendo en cuenta el tipo de trayectorias que seguían los participantes en su estudio. Observaron que, en comparación a las clases con niveles bajos de sintomatología, la clase con sintomatología moderada-alta presentaba mayores niveles de evitación depresiva, referida a la evitación de actividades que podrían favorecer la adaptación, motivada por la creencia de que

dichas actividades son inútiles o poco gratificantes, pero no se observaron niveles significativos de evitación ansiosa, caracterizada por la evitación de estímulos que recuerden a la pérdida, impulsada por la evitación del dolor que éstos puedan provocar. Por otro lado, la clase con altos síntomas de TDP, presentaba ambos tipos de evitación.

Atendiendo a otras variables psicológicas, en su estudio, Wen et al. (2022) observaron que una mejor capacidad de respuesta ante situaciones estresantes, actuaba como un factor protector ante la posibilidad de tener una evolución con mayores niveles de malestar. Por otro lado, estos individuos tenían más probabilidades de pertenecer a trayectorias caracterizadas por síntomas leves duraderos durante los dos primeros años tras la pérdida.

Por su parte, Shevlin et al. (2023) analizaron la influencia de la religiosidad, en comparación con la no religiosidad, y encontraron una asociación positiva con el riesgo de presentar TDP, tanto en su forma moderada como estricta.

En cuarto lugar, se ha estudiado la relación entre la presencia de comorbilidades y el diagnóstico de TDP.

En el estudio de Rueger et al. (2024), en su muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados, se observó una media de 2.53 diagnósticos comórbidos (rango: 1-8). De estos, aquellos participantes diagnosticados con TDP según los criterios de la CIE-11, presentaron una media de 3.12 (rango: 1-8), mientras que aquellos diagnosticados con los criterios del DSM-5-TR, tenían una media de 3.27 (rango: 1-8), en comparación con los participantes en duelo sin diagnóstico de TDP, cuya media fue de 2.42 de diagnósticos comórbidos. La diferencia en el número de diagnósticos no resultó significativa respecto a los pacientes sin TDP y aquellos del subgrupo con TDP, según los criterios del CIE-11.

En ambos subgrupos con TDP, la mayoría de comorbilidades pertenecían a la categoría F4 de la CIE-11 (trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatoformes), mientras que, en el subgrupo de participantes en duelo sin diagnóstico, predominaban los trastornos comórbidos de la categoría F1 (trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas).

El 58% de la muestra total cumplía el diagnóstico de depresión o Trastorno por consumo de sustancias, sin embargo, el mayor grado de solapamiento con el TDP se observó en los trastornos somatoformes y TEPT, respectivamente.

No se encontró una relación significativa entre la severidad de síntomas del TDP y el número de diagnósticos comórbidos en las submuestras. No obstante, en la muestra total (con pérdidas de más de 6–12 meses), se observó una correlación positiva significativa, indicando que a mayor gravedad del TDP, mayor número de comorbilidades.

Cabe mencionar que, tras medir los niveles de sintomatología depresiva, somática y TEPT, los participantes con TDP obtuvieron puntuaciones más altas. También se observó una correlación positiva con cuatro dominios del PID-5-BF+M: afectividad negativa, desapego, anankastia y psicoticismo.

Por otro lado, Harrison et al. (2021), en su estudio sobre imágenes mentales en pacientes con TDP, describieron una muestra con un 70.3% de pacientes con, al menos, un diagnóstico, además de TDP. En su mayoría, cumplían los criterios para depresión, distimia o ambos. También encontraron pacientes con dos, tres y cuatro diagnósticos comórbidos, pero en este caso, la diferencia no es especificada como significativa.

En un estudio similar, Hwang et al. (2025) también observaron un número significativo de comorbilidades en sus pacientes con TDP. En su caso, un 25% de participantes cumplían los criterios para depresión. Encontraron, además, participantes con dos, tres y cuatro trastornos comórbidos, aunque, de nuevo, esta diferencia no parece significativa.

En su estudio realizado con una muestra de veteranos de guerra americanos, Na et al (2023) determinaron que aquellos individuos diagnosticados con TDP tenían mayor probabilidad de presentar diagnósticos comórbidos asociados, entre ellos, TEPT, DM y Trastorno de Ansiedad Generalizada (a partir de ahora, TAG). El diagnóstico de TDP también se asoció a mayor riesgo autolisis, ideación suicida, planeamiento suicida y suicidio consumado. De la misma forma Blair et al. (2025) describieron una muestra con comorbilidades (29 de sus 42 pacientes con TDP), siendo los más comunes, depresión con otras comorbilidades, únicamente depresión y únicamente trastornos relacionados con traumas y/o factores estresantes, respectivamente.

Finalmente, Wen et al. (2022) realizaron un análisis longitudinal con evaluaciones a los 1, 3 y 6 meses tras la pérdida, identificando tres grupos diferenciados según la prevalencia de los síntomas de malestar. El primer grupo, *sin malestar significativo*, se componía por un 56.3%; el segundo, *malestar depresivo/de ansiedad límite grave*, con un 30.5% de la muestra; y el tercero, *malestar ansioso/depresivo/TEPT*, al que pertenecía un 13.3%. Los tres grupos experimentaban sintomatología depresiva, ansiosa y TEPT, sin embargo, los niveles del primer grupo no eran clínicamente significativos, el segundo experimentaba niveles significativos de ansiedad (38.3%), depresión (88.2%), y PTSD (0.1%), mientras que el tercero presentaba niveles severos de sintomatología en las tres variables, siendo el grupo con mayor comorbilidad.

Pasados tres meses, los resultados mostraron que un 98,7 % del grupo *sin malestar* permaneció en su estado original, mostrando un estado psicológico estable, mientras que, en general, los participantes del segundo y tercer grupo pasaron a estados de ausencia de malestar y angustia depresiva/de ansiedad límite grave, respectivamente, salvo un 33,8 % y 43,3 %, que permaneció en su estado original. La nueva proporción de cada grupo pasó a ser: *sin malestar significativo*, con un 76.8% de la muestra, *malestar depresivo/de ansiedad límite grave*, con un 18,6 % y *malestar ansioso/depresivo/TEPT*, con un 4,6 %.

Finalmente, los distintos estados de malestar psicológico comórbido de los familiares, estimados a los 3 meses de la pérdida, se asociaron significativamente con el desarrollo de duelo prolongado a los 6 meses. La probabilidad de desarrollar duelo prolongado fue mayor para los familiares con estados de malestar depresivo grave/ansiedad límite y ansiedad grave/depresión/TEPT, en comparación con aquellos sin malestar.

En quinto lugar, se ha estudiado el impacto de factores relacionados con la causa de la muerte y la probabilidad de desarrollar TDP. Hablamos de muerte por causas naturales, violentas y muertes esperadas o inesperadas.

Atendiendo a esta variable, diversos estudios identificaron en sus muestras un número significativo de individuos que, tras experimentar una pérdida causas inesperadas y/o violentas, cumplían los criterios para el diagnóstico de TDP, en comparación con los individuos que habían experimentado pérdidas esperadas y/o debidas a causas naturales. (Boelen, P. (2021), Doering et al. (2022), Sekowski y

Prigerson (2021) y Na et al. (2023)). Las pérdidas inesperadas se relacionaron con la gravedad de la sintomatología de duelo, así como con la estabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo (Pociunaite et al. (2023).

En la última categoría de factores de riesgo, se analizan los factores subjetivos relacionados con la pérdida.

Redican et al. (2025) evaluaron las reacciones emocionales que experimentaron participantes con TDP en los momentos previos a la pérdida. Como resultados, observaron que las emociones más experimentadas fueron: tristeza, shock e incredulidad, respectivamente, mientras que las emociones menos experimentadas, fueron horror y alivio. La emoción que mayor correlación presentó con el diagnóstico de TDP y TEPT fue el miedo. Para TDP, correlacionó la experimentación de horror, mientras que para TEPT, lo fue confusión. Asimismo, en el caso concreto de pérdida de un hijo, la experimentación de miedo mostró la mayor correlación para TDP y TEPT, seguido de incredulidad y confusión para TDP y horror para TEPT.

Por su parte, Wen et al. (2022) determinaron que una mayor sintomatología depresiva en el momento previo a la muerte, predisponía a los participantes a pertenecer a trayectorias caracterizadas por un mayor malestar, respecto al resto de trayectorias caracterizadas por una mayor adaptabilidad.

En la misma línea, Boelen y Lenferink (2022) evaluaron a sus participantes en dos momentos, el primero (W1) tras una media de 4.97 meses ($SX = 3.13$) tras la pérdida y un año después (W2). En su estudio, los resultados indicaron que la experimentación de anhelo, disrupción la identidad y soledad, fueron los tres ítems con las puntuaciones medias más altas en ambas fases. En W2 pudieron determinar que aquellos que cumplían los criterios en W1 (salvo el criterio temporal), habían aumentado el riesgo de cumplir con los criterios de TDP en la W2 (probabilidad de 13.5). Este estudio mostró una sensibilidad aproximada del 71%, una especificidad aproximada del 85%, y una precisión del 83%.

Harrison et al. (2021), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de medir la cantidad, calidad, intensidad y control de las imágenes mentales, en una muestra con grupo experimental (participantes que cumplían los criterios de TDP) y grupo control, compuesto por participantes en duelo que no cumplían los criterios de TDP. Los resultados mostraron una mayor afectación del grupo experimental en

términos de salud mental. Por otra parte, informaron de una mayor experiencia, en términos de cantidad y frecuencia, de imágenes mentales, tanto positivas como negativas. Cabe mencionar, que, en el caso de imágenes mentales positivas, el grupo control informó de una mayor experiencia de imágenes mentales positivas agradables, respecto al grupo experimental. Asimismo, el grupo experimental informó sobre un menor control sobre las mismas cuando se trataba de imágenes mentales negativas.

En este estudio, no se encontraron diferencias significativas respecto a la experimentación de alivio o miedo. Sin embargo, el grupo experimental experimentaba en mayor intensidad y frecuencia las emociones de culpa y enfado y, en menor cantidad, de alegría, respecto al grupo control.

Al añadir valores de psicopatología, se observó una correlación positiva muy alta con la frecuencia de imágenes mentales, una correlación media-alta con su viveza y una correlación negativa media-alta con el control sobre ellas. Además, esta variable mostró una correlación media con la alegría y culpa, y media-alta con la ira. No se identificaron conexiones con las demás emociones no específicas del duelo (alivio, miedo y asco). En ningún caso se observó una conexión entre el tiempo transcurrido desde la pérdida y las imágenes mentales.

Brookman et al. (2024) evaluaron la influencia de la centralidad del evento en el trastorno de duelo prolongado (TDP) mediante un diseño longitudinal (2, 6, 11 y 26 meses post-pérdida). Los resultados mostraron asociaciones positivas significativas entre los síntomas de duelo prolongado y la centralidad del evento en todas las recogidas de información. Tanto las puntuaciones iniciales como las posteriores de centralidad se correlacionaron de forma moderada con los síntomas iniciales y posteriores de TDP.

En las posteriores evaluaciones, se observó que la centralidad inicial no mostró efecto sobre la prolongación de los síntomas a lo largo del tiempo. No obstante, la centralidad mantenida del evento sí explicó la varianza en los síntomas de duelo prolongado a los dos años de la pérdida. Por otro lado, el tiempo desde la pérdida (TSL) no tuvo un efecto significativo. En cuanto a la respuesta emocional, no se encontraron diferencias en alivio y miedo entre grupos, pero en el grupo experimental se evocaron con mayor frecuencia tristeza imágenes mentales de culpa y enfado, y con, menor frecuencia alegría.

En último lugar, diversos estudios se han centrado en el estudio de las bases neurobiológicas de pacientes con TDP. Hwang et al. (2025), estudiaron la activación cerebral de su muestra compuesta por pacientes en duelo integrado (DI) y con TDP. Los resultados obtenidos durante la realización de la tarea, mostraron una hiperactivación en la amígdala derecha como respuesta a estímulos negativos. Asimismo, se observó una relación negativa en la conexión amígdala-corteza cingulada posterior (a partir de ahora PCC) /precúneo. Respecto a la activación en estado de reposo, la conectividad entre la amígdala y el tálamo fue mayor en el grupo con TDP.

En el grupo con TDP, la activación de tareas ante estímulos emocionales negativos en la corteza prefrontal medial bilateral (CPFm), la corteza frontal superior y la corteza cingulada anterior (CCA), el giro precentral y postcentral derecho, y las cortezas motora suplementaria y occipital lateral izquierdas se correlacionaron negativamente con la evitación de recordatorios de pérdida. La activación de tareas en la CPFm izquierda/CCA subgenual se correlacionó positivamente con la soledad.

Por otra parte, Blair et al. (2025) compararon la activación y disfuncionalidad de las redes cerebrales de su grupo experimental, compuesto por participantes con probable TDP (es decir, cumpliendo con los criterios diagnóstico, pero sin el diagnóstico oficial), respecto al grupo control (participantes con duelo integrado). Tras realizar el análisis estadístico, detectó una correlación positiva entre la activación de la red saliente (SN)- red por defecto (DMN) y la severidad de síntomas de TDP, junto con una mayor conducta de evitación relacionada con el duelo. Se observó, además, mayor activación de fALFF (Amplitud fraccional de fluctuaciones de baja frecuencia) en DMN, es decir, una mayor actividad espontánea en estado de reposo.

Teniendo en cuenta la frecuencia con la que el TDP coexiste con sintomatología depresiva, ansiosa o TEPT, se formaron cuatro grupos: PC1, caracterizado por síntomas de malestar, ánimo depresivo, anhedonia, rumiación depresiva, ansiedad e hiperactivación relacionada con TEPT; PC2, caracterizado por un estado de ánimo altamente depresivo, anhedonia, baja evitación ante el duelo y rabia; PC3, con sintomatología de malestar provocada por comportamientos de acercamiento/separación respecto al duelo (pensamientos intrusivos frecuentes,

anhelo y baja evitación); y PC4, con dolor emocional/social no específicamente relacionado con el malestar causado por la evitación o separación (sensaciones de soledad y rabia y menos frecuencia en anhelo y evitación).

Los resultados mostraron una fuerte correlación entre múltiples redes implicadas en pensamientos intrusivos, anhelos y un nivel bajo de evitación, y PC3. En este grupo, se detectó, por un lado, una mayor activación en los pares de redes perceptivas (DAN-sistema visual (VN) y SMN-VN), y, por otro lado, una disminución en los pares de redes clave de la regulación emocional (SN-DMN, DMN-VAN, DAN-VAN, LECN-SMN y DMN-LECN).

Discusión

Esta revisión evidencia que la transición desde un duelo integrado al diagnóstico del TDP no es aleatoria, sino que está mediada por la interacción de diversos factores, tanto ambientales como psicológicos y neurobiológicos, tanto previos a la pérdida como durante el proceso de duelo, tras el fallecimiento de una persona cercana al individuo.

Respecto a los factores sociodemográficos, el factor que mayor evidencia muestra, sin encontrar ningún estudio con resultados contrarios, es el nivel educativo. Este hallazgo sugiere que un menor nivel formativo podría estar asociado a una disponibilidad más limitada de recursos de afrontamiento (factor de vulnerabilidad que se desarrollará más adelante en esta revisión), lo que dificultaría la activación de respuestas adaptativas necesarias para la integración de la pérdida. Asimismo, las personas con menor nivel educativo a menudo enfrentan mayores barreras socioeconómicas, sumando estresores contextuales que complican el proceso de duelo (Boelen, 2021; Pociunaite et al., 2023).

En segundo lugar, los resultados resaltan el género como posible factor de riesgo. A pesar de que la evidencia no está completamente alineada en este factor, cinco de los nueve estudios que contemplan el género, asocian el género femenino a una mayor gravedad de síntomas (Doering et al. (2022), Sekowski y Prigerson (2021) y Redican et al. (2025)) o a una característica significativa en la muestra, respecto al grupo control (Na et al. (2023)). Brookman et al. (2024), contempla

este factor de riesgo como influyente únicamente en los meses iniciales tras la pérdida. Otros estudios (Shevlin et al. (2023), Hwang et al. (2025), Blair et al. (2025), Wen et al. (2022)), sin embargo, no encontraron diferencias significativas respecto al género de sus participantes.

A la hora de interpretar estos resultados, es necesario tener en cuenta diversos factores. En primer lugar, algunos de estos estudios (Na et al. (2023), Brookman et al. (2024)), cuentan con una muestra que no representaba ambos géneros, mostrando un claro predominio del género femenino o masculino. Otros, como Hwang et al. (2025), no proporcionan este tipo de información, mientras que Blair et al. (2025) cuenta con una muestra relativamente pequeña, en la que también se observa un predominio del género femenino. Esta sobrerrepresentación femenina puede limitar la capacidad estadística para detectar diferencias respecto al género. En segundo lugar, el género es un constructo formado por normas sociales y tradiciones culturales. Debido a la amplia muestra cultural de este estudio, es necesario tener en cuenta la influencia de estos factores en los resultados, pues cada muestra está enmarcada en un contexto sociocultural distinto en el que las diferencias en los roles de género no están controladas como variables.

Por estas razones, se considera importante interpretar los resultados de este factor con cautela.

Por último, respecto a la edad, dos de los siete estudios, encontraron que aquellos participantes más jóvenes tenían mayor probabilidad de seguir un desarrollo del trastorno caracterizado por una alta sintomatología (Shevlin et al. (2023) y Pociunaite et al. (2023)). En contraste, Boelen, P. (2021) y Boelen y Lenferink (2022) observaron en sus muestras que aquellos participantes de mayor edad mostraban una sintomatología significativamente más alta y desadaptativa. El resto de estudios (Hwang et al. (2025), Blair et al. (2025) y Wen et al. (2022)), no encontraron diferencias significativas respecto a este factor en sus respectivas muestras.

Cabe mencionar que, de los estudios mencionados, únicamente Shevlin et al. (2023) estudia una muestra representativa de cada grupo de edad. La edad media de la muestra del resto de estudios es de 54.6 años, por lo que la representación de adultos jóvenes es limitada. Esta restricción de rango puede influir en la

variabilidad observada en la muestra, reduciendo la capacidad para detectar posibles diferencias asociadas a esta variable.

Así, la evidencia respecto a la edad resulta considerablemente más heterogénea y no permite establecer conclusiones firmes, por lo que es necesaria más investigación al respecto, que cuente con muestras representativas.

Evaluando el efecto de la relación con la persona fallecida, diversos estudios indican que la pérdida de un hijo/a y de un cónyuge es el tipo de pérdida que muestra un mayor impacto. Los nueve estudios que estudian la influencia de esta variable, han observado la influencia entre el tipo de pérdida y el diagnóstico de TDP y gravedad de sintomatología.

En conjunto, la evidencia sugiere que la pérdida de un hijo/a o de un cónyuge se asocia de forma consistente con una mayor gravedad sintomatológica y una mayor probabilidad de desarrollar TDP. La especial relevancia de estas pérdidas podría explicarse por el elevado grado de interdependencia emocional, funcional y social que suele caracterizar estos vínculos, así como por el profundo impacto que su ruptura puede tener sobre la identidad personal, los roles cotidianos y las redes de apoyo del individuo.

En relación a la historia personal, un estudio ofrece evidencia de la influencia de la vivencia de experiencias adversas en la infancia (Na et al. 2023), sin embargo, se considera que, para poder establecer esta variable como factor de riesgo, es necesario más soporte científico.

Con referencia a los factores de riesgo relacionados con la causa de la muerte, la evidencia parece acordar una muerte inesperada y/o violenta es un buen factor predictor para el diagnóstico de TDP y la gravedad de su sintomatología (Boelen et al. (2021), Doering et al. (2022), Sekowski y Prigerson (2021) y Na et al. (2023)), así como la estabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo (Pociunaite et al. (2023)).

Una posible explicación de este factor sería la ausencia de *preparación cognitiva* (o falta de duelo anticipatorio). Cuando hablamos de preparación cognitiva nos referimos al mecanismo mediante el cual, la mente procesa “lentamente” la realidad de la separación, facilitando la integración del duelo. Cuando la muerte ocurre de forma inesperada, en vez de iniciar esta respuesta, se activan

mecanismos de negación y shock que dificultan la aceptación de la pérdida (Nielsen et al., 2016).

Por otra parte, las muertes violentas y súbitas son un desencadenante de TEPT (Kristensen et al., 2012). Cuando ambas coexisten, se genera una dinámica disfuncional, en la que, mientras que el duelo adaptativo requiere que la persona acceda emocionalmente al recuerdo del fallecido para integrar la pérdida, la sintomatología traumática tiende a utilizar estrategias de evitación, bloqueando el procesamiento del dolor y cronificando el malestar, al impedir la integración narrativa de la pérdida.

Esta explicación sería congruente, además, con los resultados del estudio de Redican et al. (2025), en el que encontraron que la experimentación de miedo y horror en momentos previos a la pérdida correlacionaban con TEPT y TDP.

A la hora de hablar de factores de riesgo relacionados con el estado psicológico de los individuos, se ha estudiado el tipo de apego, nivel de dependencia emocional y las conductas para afrontar la pérdida (tanto herramientas de afrontamiento como conductas de evitación).

Respecto a la influencia entre el apego inseguros, tanto Lenzo et al. (2025) como Boelen et al. (2021), observaron en sus estudios un mayor impacto del apego evitativo sobre la gravedad de los síntomas y, a su vez, se relacionó con una menor percepción del apoyo social y familiar. También Sekowski y Prigerson (2021) examinaron la influencia del tipo de relación estudiando el nivel de dependencia y observaron que el tipo de dependencia anaclítica estaba relacionada a una mayor sintomatología, respecto a la dependencia relacional.

Tanto los estilos de apego como las formas de dependencia interpersonal reflejan patrones de vinculación emocional y regulación afectiva. Los resultados sugieren que determinadas características vinculares, especialmente aquellas asociadas a inseguridad relacional o elevada necesidad de proximidad emocional, podrían contribuir a una mayor gravedad de la sintomatología de duelo.

Finalmente, a la hora de estudiar el impacto del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas para afrontar el duelo, Boelen et al. (2021) observaron que el grupo que utilizaba estrategias de evitación depresiva era el grupo con un nivel de sintomatología moderada-alta, resultados coherentes con los encontrados

por Wen et al. (2022), en cuyo estudio encontraron que aquellos sujetos que mostraban mejor capacidad de respuesta a situaciones estresantes, tenían menos probabilidad de seguir un curso de duelo más disruptivo, actuando, así, como factor protector.

Resultaría interesante una investigación que aunara estos resultados, pues es posible que las personas con estilos de apego evitativo tiendan a utilizar estrategias de regulación emocional caracterizadas por la supresión o evitación de experiencias afectivas, lo que podría dificultar la integración adaptativa del proceso de duelo, provocando así mayores niveles de malestar, durante un mayor periodo de tiempo.

En conjunto, son pocos los estudios que han analizado este grupo de factores. No obstante, la evidencia disponible apunta a que tanto las características vinculares, en términos de apego y dependencia interpersonal, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas durante el proceso de duelo, podrían desempeñar un papel relevante en la gravedad de la sintomatología. Sin embargo, la escasez de estudios hace necesaria una mayor investigación antes de poder establecer conclusiones firmes sobre su papel como factores de riesgo del TDP.

Respecto al papel de la presencia de trastornos comórbidos como posible factor de riesgo, únicamente se logró seleccionar un estudio que tratara esta temática.

Rueger et al. (2024) encontraron en su muestra con diagnóstico de TDP, un porcentaje significativo de sujetos que a su vez tenían el diagnóstico de depresión, seguido del trastorno por consumo de sustancias. También se observó un alto grado de solapamiento con el TDP y trastornos somatoformes y TEPT. Aunque no se encontró una relación significativa entre la severidad de síntomas del TDP y el número de diagnósticos comórbidos en las submuestras, se observó una correlación positiva significativa en la muestra total, indicando que a mayor gravedad del TDP, mayor número de comorbilidades.

Por otro lado, dentro de los estudios considerados en esta revisión y excluyendo aquellos que no mencionan la existencia de comorbilidad en su muestra, o cuyos criterios de exclusión impiden la posibilidad de una muestra con comorbilidad, se observa una presencia frecuente de sintomatología ansiosa y depresiva. En este sentido, Redican et al., (2025), Sekowski y Prigerson (2021) y Shevlin et al. (2023) describieron niveles significativos de sintomatología depresiva y ansiosa, aunque

sin especificar la posibilidad o existencia de trastornos diagnosticados. En segundo lugar, diferentes estudios especifican la presencia de diagnósticos comórbidos en sus muestras. Blair et al. (2025), con porcentajes significativos de depresión y trastornos relacionados con traumas y estresores, Na et al., (2023), con depresión mayor, TEPT y TAG, aunque describe la presencia sin especificar los porcentajes, Harrison et al. (2021), cuya muestra contaba con un 70.3% de pacientes con, al menos, un diagnóstico (además de TDP) llegando hasta un total de cuatro, cumpliendo en su mayoría el diagnóstico para depresión, distimia o ambos, y Hwang et al. (2025), con un 25% de sujetos con el diagnóstico de depresión y encontrando, de nuevo, sujetos con hasta cuatro diagnósticos simultáneos.

Esto no resulta del todo sorprendente, dado que estas entidades comparten diversos síntomas y procesos psicopatológicos, tales como el afecto negativo intenso, la rumiación, las alteraciones del sueño, la evitación y el deterioro funcional. No obstante, la evidencia actual respalda que constituyen síndromes clínicamente diferenciables, a pesar de dicho solapamiento sintomático.

Finalmente, en el estudio longitudinal de Wen et al. (2022), relacionaron unos niveles significativamente más elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y TEPT, a cursos del TDP con mayor malestar respecto a los sujetos que seguían trayectorias más leves y, también, observaron que aquellos que experimentaban estos estados de malestar psicológico comórbido a los 3 meses de la pérdida, se asociaron significativamente con el desarrollo de duelo prolongado a los 6 meses (según los criterios CIE-11).

Aunque los estudios revisados no permiten establecer los mecanismos que explican la frecuente coexistencia entre el TDP y otros trastornos psicológicos, algunos hallazgos cognitivos y neurobiológicos podrían contribuir a comprender esta asociación. En este sentido, Harrison et al. (2021) observaron que las personas con TDP experimentaban una mayor cantidad y frecuencia de imágenes mentales, tanto positivas como negativas, así como un menor control sobre estas últimas. Además, la presencia de psicopatología añadida se relacionó con una mayor frecuencia y viveza de las imágenes mentales y con una menor capacidad para regularlas, sugiriendo un grado mayor intrusión de contenidos emocionales y dificultades en su procesamiento.

Desde una perspectiva neurobiológica, respecto a la frecuencia y viveza de dichas imágenes, Hwang et al. (2025) encontraron una hiperactivación de la amígdala derecha tanto durante la realización de tareas como en estado de reposo, lo que podría explicar la respuesta emocional más intensa ante estímulos relacionados con la pérdida. Por su parte, Blair et al. (2025) identificaron alteraciones en la conectividad funcional entre distintas redes cerebrales implicadas en la regulación emocional, la atención y el procesamiento de estímulos. La hipoactivación observada en conexiones como SN-DMN, DMN-VAN, DAN-VAN, LECN-SMN y DMN-LECN, podría dificultar la integración y elaboración adaptativa de las emociones asociadas a la pérdida, favoreciendo la persistencia del malestar emocional y las conductas de evitación. Por otra parte, la actividad desregulada de la amígdala y su conectividad con los nodos de DMN en respuesta a estímulos emocionales negativos distingue el TDP del duelo adaptativo y se correlaciona con pensamientos intrusivos y evitación (Hwang et al., 2024).

En definitiva, estos hallazgos sugieren que determinadas alteraciones cognitivas y neurobiológicas podrían contribuir al mantenimiento de la sintomatología del TDP y ayudar a explicar su frecuente coexistencia con otros trastornos emocionales.

En conjunto, los estudios incluidos en esta revisión sugieren que el diagnóstico de TDP suele presentarse junto a otros trastornos psicológicos, configurando un perfil clínico más complejo que debe tenerse en cuenta tanto en la evaluación como en la planificación del tratamiento. La evidencia parece establecer una relación entre la gravedad sintomatológica y la presencia de trastornos comórbidos, así como la asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los primeros meses y el posterior diagnóstico de TDP, sin embargo, esta evidencia es limitada y todavía insuficiente para establecer relaciones causales o determinar si la comorbilidad actúa como factor de riesgo para el desarrollo o agravamiento del TDP.

En cuanto a las variables relacionadas con experiencia subjetiva, diversos estudios han encontrado como significativos diversos posibles factores de riesgo.

Brookman et al. (2024), en su diseño longitudinal, observaron asociaciones positivas significativas entre los síntomas de duelo prolongado y la centralidad del evento y, puntuaciones iniciales como posteriores de centralidad se correlacionaron de forma moderada con los síntomas iniciales y posteriores de

TDP. Por otro lado, la centralidad mantenida del evento explicó la varianza en los síntomas de duelo prolongado a los dos años de la pérdida.

Estos hallazgos resultan coherentes con el modelo teórico de la centralidad del evento, según el cual, los recuerdos autobiográficos pueden estructurar el sentido de identidad y la narrativa vital de una persona. Aunque, en general, estos recuerdos se inclinan hacia los eventos positivos, Berntsen y Rubin (2006) plantearon que la experimentación de eventos negativos, especialmente aquellos estresantes o traumáticos, pueden modificar la visión de la formación de nuestra historia de vida e identidad. También resulta imprescindible mencionar que la evidencia actual ha identificado la centralidad de los eventos como un factor de riesgo para resultados psicológicos adversos, como el TEPT (Brookman et al., 2024).

No obstante, sus resultados deben interpretarse con cautela. A pesar de que su estudio cuenta con importantes fortalezas, como son su diseño longitudinal y una muestra y base teórica sólidas, se considera que sería necesaria más investigación antes de poder establecer la centralidad del evento como factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento del TDP.

Por su parte, los hallazgos de Redican et al. (2025), Wen et al. (2022) y Boelen y Lenferink (2022), respecto a la influencia significativa de las emociones y síntomas experimentados en los momentos previos a la pérdida, sugieren que estas psicológicas podrían constituir un buen predictor para identificar personas con mayor riesgo de desarrollar TDP, aunque no sea posible establecer relaciones causales.

Tras analizar la evidencia recogida en las investigaciones incluidas en esta revisión, aunque no es posible corroborar de forma concluyente la validez de todos los factores de riesgo estudiados, sí existe un respaldo científico suficiente como para delinear un perfil clínico de alta vulnerabilidad frente al TDP. Teniendo en cuenta que el principal criterio diferenciador entre un duelo normativo y el TDP es principalmente temporal, la existencia de indicadores predictivos tempranos adquiere una relevancia clínica fundamental.

Por ello, podría resultar especialmente útil el desarrollo e implementación de herramientas de cribado orientadas a identificar de forma precoz a personas con este perfil. En esta evaluación se podría establecer una primera línea de riesgo principal, caracterizada por factores basales y situacionales de alto impacto, éstas son, 1. Personas con un nivel socioeducativo bajo, 2. Que se enfrentan a la pérdida de un vínculo de alta interdependencia (hijo o cónyuge) a raíz de una muerte súbita, violenta o no natural, y 3. Que experimentan reacciones peritraumáticas de miedo u horror durante o inmediatamente antes de la pérdida.

A este núcleo principal se le sumaría una segunda línea de mantenimiento, compuesta por factores que dificultan el procesamiento de la pérdida a medio y largo plazo. Aquí destacarían individuos situados en los extremos del rango de edad (adultos jóvenes o de edad avanzada), caracterizados por un estilo de apego inseguro (excesivamente interdependiente o evitativo), que recurren a la evitación depresiva como estrategia de afrontamiento principal y que, durante los primeros meses del duelo, desarrollan sintomatología comórbida significativa, como depresión, ansiedad o TEPT.

La identificación temprana de individuos que encajen en este patrón de riesgo permitiría a los profesionales sanitarios anticiparse a la instauración del trastorno, evitando la cronificación del curso y minimizando el malestar y deterioro funcional que lo caracteriza. Consecuentemente, una línea de investigación futura indispensable sería evaluar los efectos protectores de aplicar intervenciones psicológicas tempranas en esta población, así como determinar qué modalidades terapéuticas resultan más eficaces para prevenir el desarrollo definitivo del TDP.

Referencias bibliográficas

1. Albuquerque S, Narciso I, Pereira M. Portuguese version of the continuing bonds scale-16 in a sample of bereaved parents. *J Loss Trauma*. 2020;25:245–63. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1668133>.
2. Baddeley JL, Williams JL, Rynearson T, Correa F, Saindon C, Rheingold AA. Death Thoughts and Images in Treatment-Seekers After Violent Loss. *Death Stud* [Internet]. 2015;39(2):84–91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.893274>
3. Berntsen, D. & Rubin, D. C. The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behav. Res. Therapy* 44, 219–231 (2006).
4. Buqo T, Ward-Ciesielski EF, Krychiw JK. Do coping strategies differentially mediate the relationship between emotional closeness and complicated grief and depression? *Omega* (Westport). 2020. <https://doi.org/10.1177/0030222820923454>.
5. Cunningham, J. et al. (2025) ICD-11 prolonged grief disorder, physical health, and somatic problems: a systematic review. *Clin. Psychol. Eur.* 7, 1–26
6. Fernandez-Alcantara M, Verdejo-Roman J, Cruz-Quintana F, Perez- Garcia M, Catena-Martinez A, Fernandez-Avalos MI, et al. (2020): Increased amygdala activations during the emotional experience of death-related pictures in complicated grief: An fMRI study. *J Clin Med* 9:851. <https://doi.org/10.3390/jcm9030851>
7. Grafiadeli R, Glaesmer H, Wagner B. Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 18;19(16):10277. PMID: 36011928; PMCID: PMC9408305. doi: 10.3390/ijerph191610277.
8. Guldin MB, Kjaersgaard MIS, Fenger-Grøn M, et al.: Riesgo de suicidio, autolesión deliberada y enfermedad psiquiátrica tras la pérdida de un familiar cercano: un estudio de cohorte a nivel nacional. *World Psychiatry* 2017; 16: 193-199 <https://doi.org/10.1002/wps.20422>

9. Gündel, H.; O'Connor, M.F.; Littrell, L.; Fort, C.; Lane, R.D. Functional neuroanatomy of grief: An FMRI study. *Am. J. Psychiatry* 2003, *160*, 1946–1953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1946>
10. Haneveld, J., Rosner, R., Vogel, A., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., Comtesse, H., 2022. Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria. *J. Consult. Clin. Psychol.* 90, 303–606. <https://doi.org/10.1037/ccp0000720>.
11. Heeke, C., Franzen, M., Knaevelsrud, C., Lenferink, L.I.M., 2023. Latent classes of prolonged grief and other indicators of mental health in bereaved adults: a systematic review. *J. Affect. Disord. Rep* 14, 100654. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100654>.
12. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, et al.: Prevalencia del duelo complicado en una muestra representativa de base poblacional. *J Affect Disord* 2011; 131: 339–343 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
13. Komischke-Konnerup, K.B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L.D., O'Connor, M., 2021. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord. Rep* 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>.
14. Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(1), 76-97.
15. Maercker, A.; Lalor, J. Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues J. Clin. Neurosci.* 2012, 14, 167–176. [10.31887/DCNS.2012.14.2/amaercker](https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/amaercker)
16. Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, et al.: Predictores de duelo complicado y depresión en cuidadores en duelo: un estudio de cohorte prospectivo a nivel nacional. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 540–550 <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2816%2931196-4>
17. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75-87.

18. O'Connor MF, Arizmendi BJ (2014): Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 69:12–18. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt025>
19. O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL, Eisenberger NI, Irwin MR, Lieberman MD (2008): Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage* 42:969–972. [10.1016/j.neuroimage.2008.04.256](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.256)
20. Prigerson, H.G., Boelen, P.A., Xu, J., Smith, K.V., Maciejewski, P.K., 2021a. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG 13-R) scale. *World Psychiatr.* 20, 96–192.
21. Rosner, R., Pfoh, G., Kotouřová, M., Hagl, M., 2014. Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial. *J. Affect. Disord.* 167, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>.
22. Schoo, C., Azhar, Y., Mughal, S., & Rout, P. (2025). *Grief and prolonged grief disorder*. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507832/>
23. Shear, M.K. (2015) Clinical practice. Complicated grief. *N. Engl. J. Med.* 372, 153–160
24. Simon, N.M., Shear, K.M., Thompson, E.H., Zalta, A.K., Perlman, C., Reynolds, C.F., Frank, E., Melhem, N.M., Silowash, R., 2007. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr. Psychiatr.* 48, 395–790. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>.
25. Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al.: Duelo complicado en personas con depresión mayor: prevalencia, comorbilidad y características asociadas. *J Affect Disord* 2011; 134: 453–458 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.017>
26. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, et al.: Exploración de las asociaciones entre la ansiedad por separación en la infancia y el duelo complicado en la edad adulta. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 121-123 DOI: [10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5](https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5)
27. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry.* 2009 Jun;8(2):67-74. doi: [10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x)