



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

**“Prevalencia del proceso de duelo normal y complicado
en el Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente en el 2009 “**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

MARIANA ZENDEJAS VILLALPANDO

Tutores:

Facultad de Medicina



Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez

Tutor teórico

Dra. Danelia Mendieta Cabrera

Tutora metodológica

México, D. F. MAYO, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTOS

Emmanuel mi compañero de travesuras, de vivencias, de vida... Te amo.

Papá por siempre apoyarme y dejarme volar, mi cariño y admiración. Gracias por hacerme ver que no hay imposibles. Te quiero.

Mamá por ser mi maestra de vida, por tu apoyo, por siempre estar en las buenas y en las malas, por escucharme guiarme y respetarme, Te quiero.

Hermana porque hemos entendido que somos compañeras de vida, gracias por ser uno de mis más grandes ejemplos. Te quiero.

¡Familia los amo!

Hamid, Kitzia, Zurema, Rina, Evelyn, Deni, Marco, Laura Romans, Joaquín, Chalita, Leonardo, Julio por su apoyo y por hacer de esta etapa de mi vida más que una especialidad. Los quiero.

Rosbel por tu paciencia y amistad. Te quiero.

Dr. Manuel A. Muñoz y Dra. Danelia Mendieta por su paciencia, confianza y apoyo en este proyecto. ¡Gracias!

A los pacientes por permitirme aprender y por aceptar ser parte de este proyecto.

Contenido

Agradecimientos.....	3
Listado de Tablas y graficas.....	4
Abreviaturas.....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	8
El duelo en diferentes épocas y culturas.....	8
Marco Conceptual.....	9
Duración del duelo.....	10
Modelos psicológicos de los procesos de duelo.....	11
Etapas, fases o momentos del proceso de duelo.....	16
Manifestaciones del “duelo normal”.....	22
Factores que influyen en el proceso de la elaboración del duelo.....	24
¿Cuándo acaba el duelo?.....	25
Manifestaciones de “duelo complicado”.....	26
Duelo frente a depresión.....	32
Evaluación del duelo.....	34
Justificación.....	45
Pregunta de investigación.....	36
Objetivos.....	36
Material y métodos.....	37
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	38
Análisis de resultados.....	40
Consideraciones éticas.....	41
Organización.....	41
Cronograma de actividades.....	42
Resultados.....	42
Discusión y conclusiones.....	55
Referencias.....	59
Anexos.....	63
Consentimiento informado.....	63
Instrumentos de medición de duelo.....	64

LISTADO DE TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA I ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS POR INVENTARIOS DE DUELO COMPLICADO Y DE TEXAS

TABLA II ANÁLISIS DE VARIABLES, PERSONA FINADA Y TIPO DE MUERTE POR INVENTARIOS DE DUELO COMPLICADO Y DE TEXAS

TABLA III DIFERENCIA ENTRE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE ACUERDO A LOS INVENTARIOS DE ESTUDIO (IDCR, IDT)

TABLA IV DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIO DE EXPERIENCIAS DE DUELO POR SÍNTOMAS

TABLA V ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON EXISTENCIA DE DUELO COMPLICADO

TABLA VI ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON INTENSIDAD DE SÍNTOMAS EN EL PASADO

TABLA VII ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON INTENSIDAD DE SÍNTOMAS ACTUALES

TABLA VIII ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON SINTOMATOLOGÍA DE IDT

TABLA IX RAZÓN DE MOMIOS DE PRESENTAR DUELO COMPLICADO POR DEPRESIÓN MAYOR, ANSIEDAD, DX, E INTENSIDAD Y MOMENTO DE SÍNTOMAS

GRÁFICA I LA EDAD DE LOS PACIENTES CON UNA MEDIA DE 42.3 AÑOS (RANGO 20 -79) **GRÁFICA II** ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DUELO

GRÁFICA III ENFERMEDADES CONCOMITANTES DE LOS PACIENTES CON DUELO

GRÁFICA IV. EL TIEMPO DE FALLECIMIENTO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN

GRÁFICA V TIEMPO TRASCURRIDO DE FALLECIMIENTO EN PACIENTES CON DUELO NORMAL Y DUELO COMPLICADO

GRÁFICA VI PRESENCIA DE DUELO COMPLICADO POR TDM

GRÁFICA VII PRESENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR POR PRESENCIA DE SÍNTOMAS PASADOS Y ACTUALES INTENSOS

GRÁFICA VIII TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR POR SINTOMATOLOGÍA DEL INVENTARIO DE DUELO TEXAS

ABREVIATURAS

IDC-R: Inventario de duelo complicado revisado

IDT: Inventario de duelo de Texas

IED: Inventario de experiencias de duelo

TDM: Trastorno depresivo mayor

INPRF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades

CDC-R: criterios de duelo complicado revisados

SCID-II: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV

MINI: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

IDTPI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos en el Pasado

IDTAI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos Actuales

IDTPAI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos en el Pasado y Actuales

RESUMEN

EL objetivo de este trabajo fue el describir cuantas personas de marzo a septiembre del 2009 acudieron al INPRF con la demanda de atención de haber perdido por muerte a un miembro del grupo primario de apoyo, así mismo fue describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que estaban cursando con un proceso de duelo, diferenciar si éste era normal o complicado así como la asociación de variables que pudieran estar relacionadas con este fenómeno clínico.

En primer lugar se hizo una revisión de la literatura sobre los conceptos de duelo normal y complicado tratando de diferenciar el mismo con trastornos depresivos y como se expone en el marco teórico describir al duelo complicado como una consideración diagnóstica aparte que necesita atención por las repercusiones que éste tiene en la vida de los dolientes y la necesidad de los clínicos en diferenciarlos para su mayor conocimiento y apoyo a los pacientes y no solo atender la complicación que esto pueda generar.

Por tal motivo se recabaron a 47 pacientes del servicio de preconsulta de los cuales se seleccionaron 45 pacientes como muestra final ya que 2 de estos no terminaron los cuestionarios, a estos pacientes se les aplicó los inventarios de duelo complicado revisado, inventario de duelo de Texas, el inventario de experiencias de duelo, el MINI para determinar el diagnóstico psiquiátrico de eje I, el SCID-II para determinar los rasgos de personalidad, esto en dos entrevistas clínicas por el tiempo que lleva aplicar estos cuestionarios previo consentimiento informado para su participación.

Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia fue de 1.28%. De los 45 pacientes entrevistados 37 fueron mujeres (82.2%) y 8 hombres (17.8%). Las edades de los pacientes tuvieron un rango entre 20 y 79 años, con una media de 42.3 años (DE:±14.05años). 30 pacientes presentaron TDM (66.67%), 15 presentaron trastornos de ansiedad (33.3 %) El promedio de tiempo de fallecimiento fue de 10.25 meses (DE: ±7.75meses). El tipo de muerte fue predominantemente inesperado en 35 ocasiones (77.78%) y 10 de tipo esperado (22.22%). Los rasgos cluster B lo presentaron 16 pacientes (35.56%). Los cluster C se presentaron en nuestro estudio en 36 casos (80%). el inventario de duelo complicado revisado identificó a 29 pacientes con duelo complicado (64.44%). El inventario de duelo de Texas identificó 16 pacientes con síntomas intensos en el pasado (duelo resuelto) (35.56%), 2 con síntomas intensos actuales (duelo agudo) (4.44%) y 27 con síntomas intensos en el pasado y actuales (duelo prolongado) (60%). Al analizar la presencia de duelo complicado por medio del IDCR con el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se encontró una proporción de 86.21% de sujetos con TDM y duelo complicado y 31.25% con duelo normal; de los sujetos sin TDM presentaron 68.75% duelo normal y 13.79%, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.001$).

Al analizar TDM por sintomatología en el momento del deceso y en el momento actual con el IDT, se encontró que existió una gran proporción de sujetos con sintomatología intensa en el Pasado y Actualmente (duelo prolongado) (81.48%) con TDM, en comparación con los que no tuvieron TDM (18.52%), esta diferencia fue estadísticamente significativa. ($p=0.002$)

Al analizar trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno por estrés postraumático), el ICDR identificó 44.83% de sujetos con Duelo complicado y algún trastorno de ansiedad, en comparación con 12.5% que no tuvo duelo complicado, además existió un gran porcentaje de sujetos con duelo normal y sin trastornos de ansiedad (87.5%), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.04$). La descripción del IED por síntomas presentados y su frecuencia, siendo el más frecuente síntomas físicos (68%), seguido por enfado y culpa, ambos con (64%), solo 20% mostró reacciones atípicas.

El proceso de duelo, hecho al que se le presta poca importancia entre los clínicos, pese al conocimiento de que causa importante dolor, distorsión más o menos transitoria de las capacidades sociales, laborales y de la vida cotidiana, y que actúa en un número de casos como desencadenante de enfermedad mental o física. Es importante concienciar a los profesionales de la salud sobre el problema, así como realizar estudios de seguimiento que nos permitan identificar grupos de riesgo, y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces en personas que lo precisen.

INTRODUCCION

“ Todo el mundo experimenta muchas pérdidas a lo largo de la vida, pero la muerte de un ser querido no tiene comparación por el vacío y la profunda tristeza que produce ”
Elizabeth Kübler-Ross

El duelo en diferentes épocas y culturas

La forma en la que comprendemos el proceso de la muerte y la manera de abordar el duelo, está directamente relacionada con la cultura, y ha sido modificada por diversas creencias de acuerdo con las diferentes épocas por las que ha atravesado la humanidad. La muerte es universal y nadie escapa de ella; sin embargo, cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, de acuerdo con el concepto previo sobre el hecho, controlado por todas las creencias que una sociedad específica tenga del morir, del cuerpo y del más allá. A lo largo de los años, lo que se entiende como proceso de “buena” o “mala muerte” ha variado, lo que hace que se busque acceder de alguna manera a la forma correcta. (34)

Rojas comenta cómo el suicidio en la antigüedad podía ser considerado algo adecuado en caso de enfermedad o dolor, en contraste con una mala muerte en medio de enfermedad o sufrimiento, como también se consideraba mala muerte cuando el cadáver no tenía sepultura. En la Edad Media, “la buena muerte” era la que ocurría de forma lenta y anunciada y se hacía de forma asistida. Por el contrario, la inadecuada era la que llegaba de forma repentina. En los siglos XIV al XVIII, el dolor y la agonía con sufrimiento adquieren un notable valor religioso y se consideran como una muerte adecuada. La muerte incorrecta es entonces para los que no están preparados, la que ocurre de forma tranquila y sin dolor. En Occidente, hasta finales del siglo XVIII, la figura del médico estaba separada de la muerte ya que su acompañamiento al paciente sólo “tenía sentido” cuando tenía la capacidad de curar, y cuando el paciente entraba en fase terminal y/o agónica quedaba solo al cuidado de su familia. En el siglo XIX se comienza a confiar en el diagnóstico médico y con la llegada del estetoscopio en 1818, se tiene certeza del diagnóstico de muerte, dejando éste de ser patrimonio de la religión y la filosofía. La muerte buscada era de quienes se habían preparado espiritualmente para ella y habían dejado un testamento; por el contrario, la muerte imprevista y sin testamento era considerada como inadecuada. (25,33,34)

Ya en el siglo XX con el avance de la tecnología y la entrada en vigor del cuidado intensivo, se permite prolongar la vida al paciente modificando sustancialmente los límites de la vida y la forma de morir. En estos casos, el hombre muere en el hospital solo o acompañado por muy pocas personas. (34)

Ya desde los años sesenta, con la aparición del cuidado paliativo, se dignifica el proceso de la muerte y se busca que ocurra en el mejor lugar para que se le brinde la atención integral que el moribundo requiere, pudiendo ser un hospital en una ciudad especializada para morir o la propia casa. El moribundo está rodeado de su grupo cercano. (25,33)

Actualmente, muchas personas prefieren la muerte repentina e imprevista por temor al sufrimiento prolongado; sin embargo, ante la realidad de un proceso terminal, la gran mayoría busca una muerte muy tecnificada y asistida con terapias diversas.

Según Tizón (28), si bien el duelo se vive como una experiencia individual, psicológica, psicosocial y psicobiológica, es también una realidad social. Y una de gran importancia: en ella se reglan las relaciones de la humanidad con la pérdida y, ante todo, con la más trastornadora de las pérdidas: la muerte. Por eso la dimensión social del duelo resulta una consideración ineluctable, aunque, a menudo, hoy nos parezca menos aparente, en ocasiones casi oculta.

MARCO CONCEPTUAL

La palabra "duelo" proviene del término latino "dolus" que significa dolor. El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV (1), en problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, incluye el duelo y lo define como la reacción ante la muerte de una persona querida. La CIE-10 describe como manifestaciones clínicas más relevantes, humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y el futuro, y un cierto grado de deterioro en la vida cotidiana. El duelo es el proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca en el doliente van a depender de varios factores. Éstos son, entre otros, la relación emocional y de dependencia con el ser perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de preparación para la pérdida, los rasgos de personalidad etc. También tiene mucha importancia los recursos de que disponen los sobrevivientes, tanto a nivel personal como familiar y social, así como las reacciones de respuesta en situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente.

El duelo es, en principio, un proceso normal que cumple una función adaptativa. No requiere en la mayoría de los casos de intervenciones específicas, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados tanto internos como externos para hacer frente a la pérdida.

El duelo está relacionado con otros términos como: dolor, pérdida, enfrentamiento, sentimiento, muerte, etc. Por otra parte para definir duelo veamos en segundo lugar el esquema que sobre la terminología anglosajona de los procesos de duelo encontramos en Humphrey, Zimpfer y Raphael:

TÉRMINO ANGLOSAJÓN	TRADUCCIÓN	EQUIVALENCIA APROXIMADA EN CASTELLANO
<i>Loss</i>	Puede definirse como el estado de ser privado de o estar sin algo que uno ha tenido, o en una situación de detrimento o desventaja por la cual podemos fracasar en la conservación, la posesión o la consecución de algo.	Pérdida
<i>Grief</i>	Es el dolor y la experiencia de sufrimiento tras la pérdida.	Pena, aflicción, sufrimiento por la pérdida...
<i>Mourning</i>	El período de tiempo durante el cual se muestran signos de sufrimiento o pena; el período del duelo o luto; la expresión social del duelo. También, un estado del ser (<i>in-mourning</i>)	Duelo
<i>Bereavement</i>	Tal como lo discute Raphael, es “la reacción ante la pérdida de una relación íntima”, el duelo y los procesos de duelo por la pérdida de un allegado; la privación afectiva o pérdida por un allegado.	Duelo por una personas allegada

Cuadro 1: Terminología anglosajona de los procesos de duelo (33,34)

TÉRMINO ANGLOSAJÓN	TRADUCCIÓN	EQUIVALENCIA APROXIMADA EN CASTELLANO
<i>Loss</i>	Puede definirse como el estado de ser privado de o estar sin algo que uno ha tenido, o en una situación de detrimento o desventaja por la cual podemos fracasar en la conservación, la posesión o la consecución de algo.	Pérdida
<i>Grief</i>	Es el dolor y la experiencia de sufrimiento tras la pérdida.	Pena, aflicción, sufrimiento por la pérdida...
<i>Mourning</i>	El período de tiempo durante el cual se muestran signos de sufrimiento o pena; el período del duelo o luto; la expresión social del duelo. También, un estado del ser (<i>in-mourning</i>)	Duelo
<i>Bereavement</i>	Tal como lo discute Raphael, es “la reacción ante la pérdida de una relación íntima”, el duelo y los procesos de duelo por la pérdida de un allegado; la privación afectiva o pérdida por un allegado.	Duelo por una personas allegada

Cuadro 1: Terminología anglosajona de los procesos de duelo (33,34)

Duración del duelo

La duración del duelo es muy variable dependiendo de cada persona y situación. La mayoría de artículos clásicos refieren una duración inferior a un año. Otros más recientes consideran que la persona que ha tenido una pérdida importante comienza a recuperarse en el segundo año.

Nancy O'Connor (37) refiere que tradicionalmente el tiempo oficial de luto ha sido un año, esto es común en varias culturas y religiones; pero frecuentemente esto no es suficiente; y esto depende del tipo de pérdida, describiendo las siguientes etapas:

Etapa 1: Ruptura de los antiguos hábitos

Desde el día del fallecimiento hasta 8 semanas

Etapa II: Inicio de reconstrucción de la vida

De la octava semana hasta un año

Etapa III: Búsqueda de nuevos objetivos

A partir del primer año hasta 2 años

Etapa IV: Terminación del reajuste

Después de los primeros 2 años

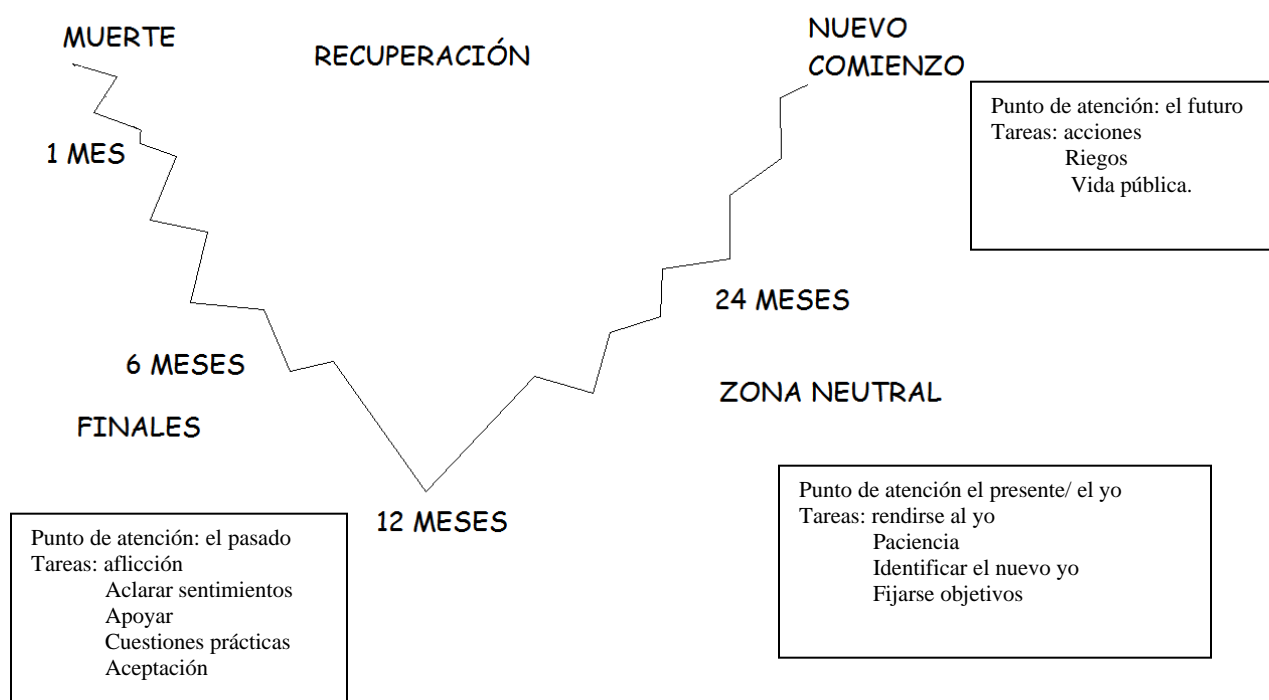


Figura 1. – Esquema del tiempo de recuperación y puntos de acción en el proceso de duelo según Nancy O'Connor (37).

Modelos psicológicos de los procesos de duelo

Submodelos	Raíces	Autores
Modelos psicoanalíticos	-Freudiano -Kleiniano	S. Freud A. Freud K. Abraham y M. Klein
Modelos psicossociales	-De base clínica -El duelo como transición psicossocial -El duelo como proceso adaptativo	E. Lindemann y E. Kübler Ross G. Pollock, J. Bowlby DSM-IV G. Caplan, J. L. Tizón
Modelos cognitivos	-El duelo como cumplimiento de tareas	G. Pollock, J. W. Worden, T.A. Rando, M. Cleiren, G. M. Humphrey y D. G. Zimpfer
Modelos mixtos bio psico-sociales (de base psicoanalítica)	-El duelo como adaptación ante la pérdida -El duelo como alteración del desarrollo biopsicosocial	J. Bowlby E. Erikson, D. Meltzer y J. L. Tizón

Cuadro 2: Recorrido evolutivo de los modelos psicológicos de los procesos de duelo

Modelos psicoanalíticos

• **SIGMUND FREUD (32). Modelo psicoanalítico.** Fue el primer autor que comenzó a prestar atención a la importancia de los procesos de duelo para el desarrollo psicológico del individuo y el primero en elaborar una teoría clara y sólida recogida en el artículo de 1917 “Duelo y Melancolía”. El fundador del psicoanálisis describe la elaboración del duelo como un trabajo realizado por el yo del sujeto para adaptarse a la pérdida de lo amado, trabajo en el que el sujeto empleará grandes cantidades de tiempo y “energía psíquica”. Pero en el caso del duelo patológico, el trabajo del duelo no lleva directamente a la recuperación del mundo interno, la estructura mental y las representaciones mentales anteriores. Las capacidades para relacionarnos con el mundo externo y con nosotros mismos, nuestras capacidades emocionales, cognitivas, defensivas, de relación humana, etc. – todo lo que designa con el término yo - resultan dañadas de forma más o menos profunda y duradera.

Freud (32) creó un modelo de duelo inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los “objetos”, son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo: cuando se pierde afectivamente algo o a alguien significativo se pierde una parte del yo, del mundo interno y de la estructura personal.

En definitiva, los fenómenos fundamentales del duelo serían pues:

- a) Un profundo y doloroso abatimiento
- b) una retirada del interés por el mundo externo
- c) la pérdida de la capacidad de amar
- d) una inhibición de toda actividad

• **Klein, M. Modelo psicoanalítico.**(20) Una de las principales aportaciones de esta autora radica en su insistencia acerca de que cada duelo reaviva la ambivalencia “residual”, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, con respecto a nuestra madre o sustituto más permanente. Es esa reviviscencia de la ambivalencia la que hace el duelo más penoso y duradero, pero también lo que le confiere mayores capacidades creativas, ya que elaborar un duelo importante implica al tiempo elaborar también, al menos, algo más, los duelos primigenios, nuestra forma de separarnos de nuestros objetos primordiales

Esta autora insistió también en la importancia de las emociones y sentimientos vividos durante el duelo: odio, culpa, amor, ira, duda, temor. (Sobre todo este último).

Los procesos de duelo adultos reactivan la “posición depresiva vivida en la infancia y tienden a hundir en la depresión al deudo, cuyo mundo interno parece que se va a colapsar. Dice que el sujeto en duelo es realmente un enfermo, pero como este estado mental es común y nos parece natural, no llamamos enfermedad al duelo (20).

Modelos psicosociales

Lindemann (41) Duelo como transición psicosocial. Está considerado otro de los hitos fundamentales en el desarrollo de nuestras concepciones actuales acerca de los procesos de duelo. Propuso seis características de aflicción aguda, de la pena: molestias somáticas, preocupación por pensamientos o imágenes acerca del desaparecido, culpa relacionada con el muerto, reacciones violentas, pérdida de funciones y capacidades y una tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta. Esta última característica, psicológicamente vinculada con la identificación, podría indicar patología en el desarrollo final del proceso. Correlativamente con estas descripciones, pudo proporcionar una idea más exacta del duelo como trabajo (el trabajo del duelo), con tareas específicas que cumplir. Esas tareas de la elaboración del duelo incluyen la disolución de los vínculos emocionales con el muerto, el reajuste al medio sin la presencia física del difunto y el establecimiento de nuevas relaciones.

Kübler-ross (38) Duelo como transición psicosocial. Autora cuyo nombre y teoría aún sirven de sustrato para la comprensión y cuidado del tipo de duelo en el que centró sus esfuerzos y explicaciones: la muerte y la agonía humana.

Llevó a cabo un trabajo innovador, fundamental para el trato a pacientes y familiares, la manera de escuchar a los moribundos y la comprensión de lo que estaban experimentando. De una serie de entrevistas con las personas que mueren Kübler- Ross desarrolló etapas basadas en el modelo de hacer frente al morir, que se centró en las reacciones psicosociales de la persona que sufre. Ella describía estas etapas como unos mecanismos de defensa que duran un tiempo y luego reemplazará una etapa a otra o a veces experimenta una etapa empalmada en otra. Su trabajo ayudó a aquellos que morían y los que lo rodean ayudando a comprender lo que sucede, es decir, el proceso de morir. Describió las etapas para hacer frente al morir como la negación, depresión (reactiva y a continuación preparatoria) y la aceptación:

Negación: Es un mecanismo de defensa primario que consiste en ignorar el suceso doloroso o incluso afirmar que no es real. Al ignorar el evento desarrolla su vida como si nada estuviera sucediendo.

Ira: Sentimiento de enojo por la impotencia que se experimenta al enfrentar el sufrimiento.

Negociación o regateo: Se pretende intercambiar algún bien presente o futuro por el bien que se ha perdido. Es el ofrecimiento de actitudes y sacrificios a cambio de la pérdida; lo que se va ha negociar son sentimientos de culpa ocultos o manifiestos, estos se traducen en promesas.

Depresión: se manifiesta a través de sentimientos de tristeza, desamparo y soledad. Es una etapa de mucha tristeza, se tiende al llanto. Se vive depresión reactiva que es la respuesta a pérdidas reales y simbólicas.

Aceptación: Es la capacidad de reconstruir una nueva vida a pesar de las pérdidas y adoptando una actitud activa ante ellas, dándole un sentido positivo al sufrimiento.

El enfoque de Kübler-Ross ha tenido una amplia repercusión y proporciona un valioso legado a las formas de vida y del morir. Sus opiniones han sido la base para que los profesionales del dolor, logren entender el proceso de duelo.

Bowlby (1983) (39). Duelo como transición psicosocial. Desarrolló la teoría de la vinculación (o teoría del apego), que en definitiva, se trata de la aplicación de un concepto fundamental en el psicoanálisis clásico y contemporáneo: el de la relación de objeto y el establecimiento o configuración de la estructura mental y del self del sujeto conforme a ésta. La introyección de esa relación fundamental es la que proporciona la base de la estructuración del mundo interno, del Yo y de la personalidad. La teoría del apego de Bowlby nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen.

La tesis de Bowlby es que estos apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad; se desarrollan a una edad temprana, se dirigen hacia unas pocas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. Establecer apegos con otros seres significativos se considera una conducta normal no sólo en los niños sino también en adultos. La conducta de apego tiene un valor de supervivencia., distinta de la de nutrición y de la sexual.

Si la meta de la conducta de apego es mantener un lazo afectivo, las situaciones que ponen en peligro este lazo suscitan ciertas reacciones muy específicas. Cuanto mayor es el potencial de pérdida más intensas son estas reacciones y más variadas. “En dichas circunstancias, se activan las conductas de apego más poderosas: aferrarse, llorar, y quizás coaccionar mediante el enfado... cuando estas acciones son exitosas, se restablece el lazo, las actividades cesan y se alivian los estados de estrés y malestar”. (Bowlby). Si el peligro no desaparece sobrevendrá el rechazo, la apatía y el desespero.

Bowlby concluye que existen buenas razones biológicas para responder a cualquier separación de una manera automática e instintiva, con una conducta agresiva. Sugiere que la pérdida irre recuperable no se tiene en cuenta; que en el curso de la evolución, se desarrollaron aptitudes instintivas en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales que forman parte del proceso de duelo se dirigen a restablecer la relación con el objeto perdido. Esta es la “Teoría biológica del duelo”.

A raíz de sus estudios sobre múltiples fuentes (y, en particular, sus amplias revisiones de observaciones y estudios sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, viudos y voluntarios), postuló su esquema de la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego o, de una manera más completa, aflicción y protesta, des-esperanza y desapego o depresión. Es la base de su modelo de las cuatro fases del duelo:

1. Fase de incredulidad y embotamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensa.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años.
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de mayor o menor grado de reorganización.

Bowlby percibía el duelo como “una serie bastante amplia de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera sea su resultado”. Su idea central es que las experiencias habidas con las figuras u objetos de apego temprano forman la base mental (emotiva y cognitiva) para los patrones de relación que una persona realiza a lo largo de la vida. Por otra parte, Bowlby nos habla ya de los diferentes factores o variables que afectan el curso del duelo, y que pueden agruparse en cinco clases: a) Identidad y rol de la persona perdida, b) Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida, c) Causas y circunstancias de la pérdida, d) Circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida alrededor del momento en que ésta se produjo y posteriormente y e) Personalidad del que sufrió la pérdida con especial referencia a sus facultades para establecer relaciones de amor y capacidad para responder a situaciones de estrés.(39)

G. Engel (1961) (40) Duelo como transición psicosocial. Postuló en su tesis que la pérdida de un ser querido es psicológicamente traumático como herirse o quemarse gravemente lo que es en el plano fisiológico. Argumenta que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es curarse en la esfera fisiológica para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar, por lo tanto el duelo es similar a cualquier proceso de curación; se puede recuperar el funcionamiento total o casi total, pero también hay casos de funcionamiento y de curación inadecuados. Engel ve al duelo como un proceso que lleva tiempo, hasta que tiene lugar la restauración de la funcionabilidad. Y para elaborar el duelo se deben realizar ciertas tareas para restablecer el equilibrio como:

- 1.- Aceptar la realidad de la pérdida,
- 2.- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida,
- 3.- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente y
- 4.- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

G. Engel en su libro duelo y dolientes describe las siguientes etapas del duelo normal:

- 1) **Conmoción e incredulidad:** La persona que se encuentra en esta etapa no tiene la capacidad de aceptar. Se acompaña con reacciones fisiológicas: shock, desvanecimiento, palidez, taquicardia, náuseas, trastornos gastrointestinales, excitación psicomotora, confusión, agitación, apatía.
- 2) **Desarrollo de conocimiento:** la realidad empieza a caer en la conciencia. Habrá tristeza mezclada con culpa, lástima, impotencia, desesperación, gran impulso a llorar.
- 3) **Restitución y recuperación:** Es una vuelta paulatina a la paz y al bienestar.

Nighswanger C. (1972) Duelo como transición psicosocial el morir significa una serie de dramas, entendiendo como un drama a una serie de sucesos que tienen una unidad dramática y un mismo interés generalmente vivido y patético caracterizados por: shock, emoción, negociación, cognición, compromiso, terminación. Para cada drama presentamos una respuesta positiva y una negativa.

Weissmann (1924) Duelo como transición psicosocial describe las siguientes etapas del duelo normal.

- 1) **Apuro existencial:** El enfermero se enfrenta a la realidad, se enfrenta a la vulnerabilidad.
- 2) **Acomodo:** Una lucha del paciente y la familia. Aparece la negación y se desarrolla.
- 3) **Deterioro:** la enfermedad avanza, Lucha cotidiana.
- 4) **Momento terminal.** Respuesta mínima, nula. Muerte. Los familiares reaccionan de acuerdo a la estructura personal de su carácter.

DSM-IV-TR (1) Duelo como proceso adaptativo. La clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, define duelo de la siguiente manera: El duelo es una reacción normal ante la muerte de una persona querida manifestada por algunos individuos mediante sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia, pérdida de peso, etc. La persona que atraviesa un episodio de duelo considera su estado como normal.

El duelo deja de considerarse como tal para convertirse en un trastorno cuando la duración de la sintomatología depresiva persiste más allá de dos meses tras la pérdida o cuando hay presentes síntomas que no son característicos de una reacción normal de duelo tales como: 1) La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) Inhibición psicomotora acusada; 5) Deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida. En esta definición sorprende que la Asociación Americana de Psiquiatría insista en la perspectiva del duelo que le aproxima a la depresión mayor y no a los trastornos o procesos adaptativos. Se trata de una perspectiva directamente aportada por Freud. Hay momentos de la definición en que se cae en la confusión entre “duelo” y “estado depresivo”. A pesar de su negación del duelo como proceso adaptativo, esta concepción hace hincapié precisamente en los síntomas que acompañan ese proceso de adaptación a la nueva situación (tras la pérdida).

Esta idea resulta evidente si se repasan los criterios DSM-IV (1) para la definición de un trastorno adaptativo:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

- (1) malestar mayor de lo esperable en respuestas al estresante.
- (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

Modelos cognitivos

• Worden. **Duelo como cumplimiento de tareas.** Worden y Pau Pérez (31,9,21) hablan no de fases sino de tareas, ya que el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto y de su entorno y un mero pasar por distintas etapas o fases, ya que podemos caer en el equívoco de que hay un determinado orden preferible o “sano” en el que deberían sucederse las cosas y permite moverse mejor a través de las diferencias individuales, que pueden ser muy variables en función de las características personales del doliente, la naturaleza de la relación con lo perdido, o el contexto en el que se produce la pérdida y la supervivencia. Y es así como Worden se basa en la consideración en un conjunto de tareas que, en uno u otro orden deben ser llevadas a cabo por el sujeto doliente. Estas tareas son las siguientes:

Estos autores entienden el duelo como un proceso de cumplimiento de cuatro tareas que son:

1. Aceptar la realidad de la pérdida. Dice que cuando alguien muere siempre hay sensación de que no es verdad, por eso la primera tarea consistiría en afrontar plenamente esa realidad, aceptando que el reencuentro es imposible. La negación se puede practicar a varios niveles y tomar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad, ni lo siente de la misma manera, pero es imposible no experimentar cierto nivel de dolor cuando se pierde a alguien con el que se ha estado vinculado. Si esta tarea no se completa adecuadamente, puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento en que puede ser más difícil trabajar el dolor que se ha estado evitando. Esta tarea es más difícil de trabajar que la anterior.
3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, depende de la relación con el fallecido. Muchos supervivientes se resienten por tener que desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes desempeñaban sus parejas. La estrategia de afrontamiento de redefinir la pérdida de manera que pueda redundar en beneficio del superviviente tiene que ver, muchas veces, con que se complete la tarea III de manera exitosa.
4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Para este autor el duelo acaba cuando se han completado las cuatro tareas. Un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor, aunque sienta algo de tristeza porque es irremediable. Worden (9,21) propuso más que una nueva teoría sobre el duelo, una aplicación práctica directamente orientada a las sesiones de “counselling” (orientación psicológica) de las personas en duelo. Como en la perspectiva psicoanalítica, esta perspectiva más cognitivista parte del duelo como algo necesario, un tipo de proceso que implica importante sufrimiento, pero que puede ser aliviado mediante el consejo y/o la psicoterapia de apoyo. La elaboración del duelo supone una aceptación de la experiencia total del dolor y sufrimiento mental que el duelo implica, así como del sufrimiento adicional que emerge durante las tareas del duelo. En su modelo, Worden proporciona claves para la identificación de los momentos del duelo e intervenciones específicas para dirigirse a cada una, un tipo de aproximación que ha sido seguida por numerosos autores.

• **Rando (42). Modelo cognitivo.** Propuso su concepción de “las Seis R del proceso de duelo”. Su idea, como la de Worden, es vincular cada una de las fases o momentos del duelo con una tarea o tareas (psicológicas) que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino de la elaboración.

FASES	TAREA FUNDAMENTAL	ALTERACIÓN
I. Negación	Reconocimiento de la pérdida a nivel: cognitivo -afectivo	I. Problemas en la expresión: - Duelo ausente - Duelo inhibido o congelado - Duelo retardado - Duelo enmascarado
II. Confrontación III. Acomodación	Reacción: experiencias de pena expresiones de dolor duelos simbólicos y secundarios Reviviscencia, <i>rêverie</i> de la Relación Renuncia: a esos vínculos y al mundo que significan Readaptación al nuevo mundo, olvidando el viejo Reinvertimiento de los afectos	II. Duelo sesgado, desviado: -Duelo distorsionado (p.ej. por psicopatología de base.) -Duelo conflictualizado o duelo inesperado III. Problemas con la finalización -Duelo crónico

Cuadro 3. Modelo de elaboración de duelo de Rando (42)

Modelos mixtos bio-psico-sociales

• **Tizón (28):** Los procesos de duelo han de entenderse como fenómenos que:

- 1) Rompen o alteran patrones de vinculación establecidos previamente
- 2) Alteran el mundo interno: recuerdos, vivencias, experiencias, relaciones interiorizadas, relaciones de objeto.
- 3) Alteran, provisionalmente, las capacidades y expresiones yoicas.
- 4) Se expresan y fundamentan a nivel psicósomático.
- 5) Se expresan y apoyan a nivel sociocultural.
- 6) Incluyen una serie de movimientos entrópicos y negentrópicos.
- 7) Poseen resultados en potencia entrópicos y negentrópicos: pueden producir un aumento de la ansiedad, el sufrimiento, el dolor, la enfermedad, la desestructuración psicosocial, marginación, o bien, a medio y largo plazo, dar lugar a una mayor organización, integración, creatividad.

Etapas, fases o momentos del proceso de duelo

Muchos autores han tratado de establecer las etapas que se suceden en un proceso de duelo. Según Warner y Bladure (28) existirían las siguientes etapas:

Primera etapa: Respuestas inmediatas. Incluye el shock, inestabilidad, alarma y negación.

Segunda etapa: Dolor agudo. Incluye sentimientos de tristeza, depresión, ira, culpabilidad, ansiedad, temores, regresión y angustia física.

Tercera etapa: Reajuste. Incluye el doloroso reajuste de la realidad, le sigue la reorganización y el establecimiento de la vida.

En el siguiente cuadro, vemos como varios autores plantean, desde sus diversas perspectivas, las fases o etapas de estos procesos de duelo:

<p>T.A. Rando W. Worden (perspectiva psicopatológica)</p>	<p>E. Kübler-Ross J. Bowlby (perspectiva bio-psico social)</p>	<p>John W. James Russell Friedman</p>
<p>ETAPAS Negación Confrontación Acomodación Tareas fundamentales</p> <p>I. Aceptar la realidad de la pérdida</p> <p>II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.</p> <p>III. Readaptarse al medio contando con la ausencia del objeto.</p> <p>IV. Reubicar el objeto (interno): "olvidar recordando)</p>	<p>FASES</p> <p>I. Incredulidad</p> <p>II. Añoranza y Anhelo</p> <p>III. Desorganización y Desesperanza</p> <p>IV. Reorganización</p>	<p>NO HAY ETAPAS/FASES No hay reacciones tan universales que se suponga que toda la gente deba experimentar. Cada reacción es única.</p>

Cuadro 4: Diferencia de etapas o fases entre varios autores

Como vemos el cuadro, también existen autores, como James y Friedman (2000), que afirman que la pena emocional no tiene etapas, aunque muchas personas experimenten ciertas respuestas comunes. Pero en definitiva, como vemos en Tizón (28) la mayoría de autores, distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo:

- I. Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton), que dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática. Es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia.

- II. Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman), se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, que se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento. Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc. Durante este período el estado de ánimo es superponible al de un trastorno depresivo.
- III. Fase de recuperación, curación o restitución: después de un año. Durante la misma se retoma al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el deudo del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente esta etapa coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo (Macías y Parrado, 2001).
- IV. Sin embargo, las reacciones de cada uno a la pérdida de un ser querido dependen también de numerosos factores. Si la muerte (por ejemplo), se ha producido inesperadamente las reacciones iniciales tienen más que ver con el shock, la rabia, el aturdimiento, la negación, la incredulidad (“no es posible”). En todo caso y en el ámbito físico, es normal que se produzcan alteraciones, sobre todo en la fase inicial. Este “duelo del cuerpo” debe ser escuchado y acompañado, porque si no se presta la debida atención, puede derivar en patologías físicas y psíquicas.

En el ámbito emocional la variedad de sentimientos que se experimentan podría ser descrita como un rico abanico o un arco iris. No es fácil aceptar inmediatamente una pérdida que duele. A veces la rabia busca dónde depositarse para salir de dentro de uno mismo, y se culpabiliza a alguien. Es muy frecuente también el sentimiento de culpa, que puede permanecer incluso más tiempo, experimentarse culpa incluso por estar superando el duelo. Sin duda, el sentimiento más fácilmente comprensible tras la pérdida de un ser querido es la tristeza. Su manifestación en el llanto es la expresión social más aceptada y comprendida.

En el ámbito mental la experiencia del duelo también tiene manifestaciones concretas, como la dificultad para concentrarse, la búsqueda de la persona perdida, el recuerdo de tantos momentos compartidos, la añoranza. Entre otras dificultades, con frecuencia cuesta concentrarse y organizar los propios pensamientos. Es normal que se produzca una idealización de la persona fallecida. Con frecuencia, muchas personas confiesan que la muerte de un ser querido les ha hecho tomar conciencia de lo que es realmente importante en la vida (7).

Manifestaciones del “duelo normal”

La muerte de un ser querido es considerado como el acontecimiento vital más estresante que puede afrontar el ser humano. Breslau y cols. reportaron que el evento traumático que se reportó con más frecuencia como detonador entre las personas con trastorno por estrés postraumático (TPEP) (31% de los casos) fue la muerte súbita o inesperada de un ser querido, evento que representó 60% de la muestra con un riesgo de 14.3% para el TPEP. Algunos estudios concluyen que las personas en duelo tienen una morbilidad superior a la población general. Se ha demostrado que tras una pérdida mayor las dos terceras partes de las personas en duelo evolucionan con normalidad y el resto padece alteraciones en sus salud físicas, mentales o ambas. (15)

El duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas y cardiovasculares con y sin suicidio y una cuarta parte de los viudos o viudas padecen depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida. Otros autores refieren que un tercio de las consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos y que de ellas, una cuarta parte se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida.

Aproximadamente un millón de personas en Estados Unidos sufren la experiencia de la muerte de su pareja, la mayoría siendo mayoría mujeres (Nacional Center for Health Statistics 2000), esto es considerado como uno de los mayores estresores en la vida de una persona estableciéndolo como un factor de riesgo para presentar problemas médicos y mentales. Estudios anteriores han mostrado de un 20 a 30% de esposas desarrollan complicaciones en el proceso de duelo llegando a solicitar atención en centros especializados. (15,12).

El duelo incrementa el riesgo de presentar problemas en la salud mental siendo los principales los trastornos depresivos mayores y trastornos de ansiedad (Jacobs, Hanson 1989, Pasternak et al 1993). Otros estudios muestran incremento en las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón, accidentes y suicidio (Gallagher- Thompson et al 1993) estas complicaciones repercuten en el ámbito social, es decir, en la familia, en el trabajo en los sistemas de salud y en la comunidad (15,12)

Los duelos suponen tantas situaciones intrapsíquicas como sociales y psicosociales, que implican un proceso, es decir, un desarrollo a lo largo del tiempo y una serie de fenómenos psicológicos alternantes, que puede llevar o no a la elaboración. Precisan vivir las emociones, pensamientos, cogniciones antes de actuarlas o de actuarlas inadecuadamente. Los duelos también implican manifestaciones sociales y, por lo tanto, son importantes fenómenos antropológicos-culturales: en realidad, son uno de los fenómenos fundamentales para definir una cultura. En el siguiente esquema, se incluyen los diversos tipos de fenómenos que los duelos, como procesos humanos, manifestarán: es decir, si son

fenómenos humanos complejos y fundamentales, serán fenómenos bio-psico-sociales y, por lo tanto, poseerán manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales (3):

Emociones, sentimientos.	Tristeza Enfado Culpa Autorreproches Ansiedad Añoranza Anhelos Soledad Shock Impotencia Despersonalización Alivio Liberación...
Sensaciones (emociones visceralizadas)	Insensibilidad Vacío en el estómago Opresión en el pecho y/o en la garganta Falta de aire Hipersensibilidad al ruido Fatiga Debilidad muscular Falta de energía Sequedad de la boca...
Cogniciones	Irrealidad Confusión Preocupación Dudas Obsesiones Ilusiones Alucinaciones...
Conductas del duelo	Trastornos del sueño Trastornos de la alimentación Distrabilidad Aislamiento social Llanto Sueños con lo perdido/fallecido Evitación de lugares que recuerden al fallecido

Cuadro 5. Manifestaciones del duelo normal

Según Rojas (7,3), en el período del duelo se presentan normalmente múltiples manifestaciones repartidas en cinco áreas del ser humano. Algunas de éstas se solucionan simplemente al recibir una explicación especial y, en cambio, otras requieren de manejos específicos. Estas cinco áreas comprometen a todo el ser en conjunto, pero es más fácil su comprensión si se evalúan por separado.

-Área sensitiva: se refiere a los sentimientos, a lo emocional, donde está más frecuentemente situada la persona en este momento. Es su sentir completo, cuando las circunstancias del duelo no le permiten vivenciar otra realidad. En este área se viven la tristeza; la culpa; la rabia u odio e irritabilidad; temor o miedo, etc.

-Área sensorial: se refiere a las molestias físicas de todo tipo que acompañan al deudo. Pueden ser transitorias o volverse permanentes, y algunas llegan a tener visos de gravedad. Algunas de estas molestias son: dificultad para tragar o para hablar; opresión precordial y falta de aire; hipersensibilidad al ruido y a las expresiones externas; despersonalización; debilidad, cansancio, fatiga muscular; molestias gástricas y boca seca; trastornos del sueño; etc.

-Área cognitiva: se refiere a los cambios en creencias y conceptos. Compromete la lucidez y la claridad mental y genera malestar al no tener claro lo que está ocurriendo: trastorno de memoria, atención y concentración; incredulidad, confusión; preocupación, pensamientos repetitivos, etc.

-Área perceptiva: se refiere a las percepciones. No se puede diferenciar lo que es real o no. Suelen ser de corta duración pero generar alarma o, por lo menos, inquietud. Los cinco sentidos se ven a veces sobredimensionados en experiencias desconocidas hasta el momento: ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, fenómenos de presencia, etc.

-Área conductual: son cambios en la forma de comportarse con respecto al patrón previo, y su importancia radica en cuánto afectan al adecuado desenvolvimiento del ser en su mundo cercano y su relación con los demás: trastornos de la alimentación; sueños relacionados; abandono de las relaciones sociales; evitar lugares y situaciones; búsqueda del fallecido; inquietud y estado de alerta; llanto; atesoramiento de objetos relacionados con el fallecido; etc.

Todas estas manifestaciones y algunas más forman parte de los duelos llamados “normales”, pues su expresión es corriente en la mayoría de ellos y sólo su intensidad alta o la persistencia en el tiempo requieren atención y un posible manejo terapéutico.

Como siempre, el antecedente de salud mental y de elaboración previa de duelos, así como el tipo de muerte y la relación con el fallecido, van a hacer que unas u otras manifestaciones se presenten y que tengan o no relevancia, por lo que siempre hay que valorar cada caso como único.

Factores que influyen en el proceso de la elaboración del duelo

Según Tizón (28), si los duelos y procesos de duelo son fenómenos ubicuos en las relaciones, sociedades y culturas humanas, por un lado, y si están sujetos a la idiosincrasia tanto de los individuos como de los grupos micro y macrosociales, así como a toda una amplia serie de circunstancias externas, se entiende que una clasificación de las variables que afectan a la elaboración del duelo puede ser compleja e incluso farragosa.

Pero para enfocarla hay que destacar dos elementos básicos: primero, que, desde el punto de vista de la Psicología basada en la relación o Psicología interpersonal o intersubjetiva, todas las variables son mediadas por la personalidad y las experiencias anteriores del sujeto en duelo. Segundo, que siempre hemos de considerar no tan sólo los factores adversos, que dificultan la elaboración del duelo, sino también los factores protectores, como la contención o la resiliencia:

Factores generales que afectan el curso de los procesos de duelo. Pueden ser;		
1. Características del objeto (el Otro, lo otro) perdido	Factores adversos	Factores protectores (de contención o resiliencia)
2. Características del sujeto		
3. Características de la relación sujeto-objeto		
4. Circunstancias de la pérdida		
5. 5 Otras circunstancias		

Cuadro 6. Factores generales que afectan el curso de los procesos de duelo (30,14)

Se dice que hay diez factores que intervienen a la hora del duelo. El grado de presencia o ausencia de ellos puede hacer que el proceso de elaboración sea más fácil o más difícil.

1. Calidad de la relación con la persona (íntima o distante).
2. Forma de la muerte (por enfermedad o accidente, súbita o previsible).
3. Personalidad de unos (temperamento, historia, conflictos personales).
4. Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer.
5. Disponibilidad o no de apoyo social y familiar.
6. Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedades).

7. Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo).
8. Edades extremas en el que pena (muy viejo o muy joven).
9. Pérdidas múltiples o acumuladas (perder varios seres queridos al mismo tiempo).
10. Posibilidad de pedir y obtener ayuda profesional o grupal.

Según Flórez (19) las variables que afectan al curso de un proceso de duelo serían:

-Variables antropológicas. Hay pérdidas que suelen desencadenar procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos (por ejemplo, la muerte de la madre). También los procesos de duelo son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen “contra la secuencia natural de la vida” (por ejemplo, en los jóvenes).

La infancia y la senescencia hacen más difícil la completa elaboración de los duelos graves, posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención, tanto intrapersonales como psicosociales.

-Variables relacionadas con las circunstancias de la pérdida: Tienden a complicar el duelo las situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se llega a poseer con seguridad de su muerte o cuando el cadáver ha sido mutilado. También la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.

-Variables psicosociales: Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla de duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo.

¿Cuándo acaba el duelo?

Según Tizón (28) el duelo acaba:

1. Cuando se han pasado los cuatro momentos o fases. -Cuando se han cumplido las tareas de duelo.
2. Cuando los sentimientos y afectos vienen determinados más por los avatares relacionales y mentales de la existencia actual que por la pérdida sufrida.
3. Dicho de otra forma, cuando podemos volver a interesarnos y dedicar emociones a la vida y a los vivos.
4. Cuando puede manifestarse la aceptación clara, directa y expresa de que el muerto no volverá, no puede volver, ni influir ya demasiado en nuestra vida, salvo a través de nuestro recuerdo (es “el principio del fin”).
5. Cuando podemos pensar en lo perdido, en el muerto, sin dolor, o al menos, con un sentimiento “agradulce” o una pena y una añoranza más calmados y distantes.
6. Cuando van predominando los buenos recuerdos del muerto, de lo perdido: lo que nos dio, lo que nos ayudó, lo que nos proporcionó, lo que nos enriqueció. –
7. Cuando “se puede decir adiós” (al muerto). -Sin embargo, hemos de recordar que el duelo tiene o puede tener un final; los procesos de duelo, no.

Otros autores, dicen que pensar que alguien puede terminar de elaborar el duelo de un ser querido en menos de un año es difícil, ya que en un año suceden la mayoría de las primeras veces, y las primeras veces son siempre dolorosas y porque

aunque suene estúpido, cada primera vez es la primera vez sin él o sin ella. El primer año suele ser, aunque nos pese, un doloroso catálogo de estrenos de nuevos duelos.

Para Flórez (19) aunque todos los individuos manifiestan su duelo de manera muy distinta, las manifestaciones del duelo tienden a perdurar en el tiempo. La duración e intensidad del duelo, sobre todo en sus fases más agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera más o menos inesperada. Si la muerte se produce sin aviso, el “shock” y la incredulidad pueden durar mucho tiempo; cuando la muerte se espera desde hace mucho tiempo (duelo anticipatorio), gran parte del proceso de duelo ya se ha realizado cuando se produce la muerte. Tradicionalmente el duelo dura entre seis meses y un año, algunos signos y síntomas pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar.

Por lo general los síntomas agudos del duelo se van suavizando y entre el primer y segundo mes posterior a la pérdida, la persona en duelo es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas (3,7)

Manifestaciones de “duelo complicado”

El duelo “anormal” “aparece de formas variadas y se le han dado varias etiquetas, a veces es llamado patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exacerbado; en el DSM IV se hace referencia a las reacciones anormales del duelo como “duelo complicado”(29,30) . Éste es la intensificación del duelo al nivel en que las persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia la resolución, esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o interrupciones frecuentes de la curación. En contra posición de las diferencias que Freud y Abraham describían a principios de siglo entre duelo normal y complicado, Horowitz (10) refiere que hay una relación continua entre las reacciones normales y las anormales, siendo relacionada con la intensidad o la duración de una reacción que con la simple presencia o ausencia de una conducta específica.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo complicado cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad o características no cuadran con la personalidad previa al deudo; cuando impide o dificulta amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades, y vive retraído, sin más ocupación que la memorización del muerto. Y estamos ante un evidente duelo complicado cuando precisamente ya no hay duelo en sí, sino que éste ha desembocado en un cuadro depresivo neto: apatía, tristeza intensa, baja autoestima, sentimientos globales de culpa, pensamientos suicidas, etc.

No se ha realizado un consenso diagnóstico en lo que se refiere al "duelo complicado" y por lo tanto no está incluido en clasificación del DSM-IV-TR (1). Sin embargo en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, se indican seis síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" y que pueden ser útiles en la diferenciación con el episodio depresivo mayor.

Prigerson et al (8,5,4) hace mención del duelo complicado y no complicado, definiendo al duelo complicado como un grupo de experiencias que incluyen angustia de separación, estrés postraumático y una inhabilidad para hacer frente a la pérdida. Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds III, Maciejewski, Davidson elaboraron los primeros criterios de

duelo complicado) (8). Estos criterios (CDC-R) han sido adaptados por García Landa, Prigerson, Echevarria, Grandes, Matriz y Andollo.

El duelo complicado sea ha propuesto como una nueva categoría para el DSM V basándose en la teoría de la respuesta al estrés (36). Horowitz et al (10) caracteriza al duelo complicado como una combinación de respuestas mal adaptativas, evasión y pensamientos intrusivos.

Criterio A: estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

- 1) pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido
- 2) añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido
- 3) búsqueda -aún sabiendo que está muerto- del fallecido
- 4) sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento

Criterio B: estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

- 1) falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro
- 2) sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional
- 3) dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
- 4) sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido
- 5) sentir que se ha muerto una parte de si mismo
- 6) asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él
- 7) excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento
- 8) tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

Criterio C: cronología

La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses

Criterio D: deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

Raramente el doliente es consciente de que su alteración, física o psíquica tiene que ver con un duelo no resuelto, en muchas ocasiones se hace una historia clínica y se pasa por alto las muertes significativas o pérdidas que pudieran estar relacionadas directamente con el problema actual.

A veces es muy difícil distinguir cuándo el duelo normal se ha convertido en complicado, sin embargo las siguientes reacciones pueden ser indicadoras de reacciones e duelo anormales y que pueden desembocar en un duelo complicado (20,14):

Cambios radicales en el estilo de vida después de una muerte, evitar a sus amigos miembros de la familia y/o actividades asociadas con el fallecido.

- Cuando el duelo acontece a una persona con un trastorno de personalidad o que presenta un trastorno depresivo mayor crónico, marcado por la culpa persistente o baja autoestima
- Personas que hayan tenido intentos suicidas previos.
- La persona que habla del fallecido lo hace experimentando un dolor intenso y reciente aunque la muerte haya sucedido meses o años antes.
- Aumento del consumo de alcohol o de tranquilizantes
- Compulsión de imitar a la persona que ha fallecido
- La persona que ha sufrido la pérdida no quiere desprenderse de las posesiones del fallecido.

Varios autores, como Pangrazzi y Bermejo (45) entre otros, coinciden en clasificar los diversos tipos de duelo de la siguiente manera:

Duelo anticipatorio: en caso de muerte o separación anunciada.

Duelo retardado: en aquellas personas que “se controlan”, “no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas” o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una “hiperactividad”. Durante meses o años, cualquier recuerdo o imagen, desencadena el duelo no resuelto.

Duelo crónico: que arrastra al doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.

Duelo patológico: caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional.

Para estos autores lo que distingue el duelo normal del anormal o patológico es la intensidad y la duración de las reacciones en el tiempo.

Numerosos autores han intentado establecer diferencias entre lo que se denominaría un duelo normal y un duelo patológico, pero con disparidad de criterios según las tendencias.

Freud describió en su obra clásica, “*Duelo y melancolía*”, (32) que en el duelo normal la pérdida se percibe con claridad y puede internalizarse la persona muerta como objeto amado, mientras que en el duelo anormal o patológico no puede realizarse el proceso y lo que se internaliza es un objeto con cargas negativas, con lo que el sujeto sufre sentimientos depresivos, pérdida de autoestima e incluso sentimiento y expectativas de castigo.

Otras escuelas no aceptan las tesis psicodinámicas y valoran más los aspectos cognitivos, entendiendo que en la base de la elaboración patológica del duelo radica una sucesión de pensamientos erróneos que deben ser modificados por técnicas adecuadas.

No es fácil establecer diferencias entre duelo patológico y normal pues en ocasiones nos encontramos ante un continuo de signos y síntomas que pueden ser normales en función de las personas, las culturas o la época. Dada la

dificultad de delimitar el contenido del cuerpo de duelo patológico, se suele hacer referencia a formas de evolución no deseable del duelo, como muestra en el siguiente cuadro:

1. <i>Duelo anticipado</i>
2. <i>Duelo inhibido o negado</i>
3. <i>Duelo crónico o prolongado</i>
4. <i>Psicosis de duelo</i>
5. <i>Duelo sintomático (depresivo, ansioso...)</i>
6. <i>Depresión secundaria a duelo</i>

Cuadro 8: Formas de evolución de duelo no deseables o patológicas

El concepto de *duelo anticipado* se ha aplicado al duelo expresado con anterioridad a la pérdida que se percibe como inevitable, para distinguirlo del duelo que tiene lugar en el momento o después de la pérdida. Por definición, el duelo anticipado concluye con la pérdida esperada, independiente de las reacciones que vengan a continuación. Puede aumentar su intensidad a medida que se hace más inminente la pérdida. Si esta pérdida se retrasa mucho, puede agotarse, provocando menos manifestaciones de duelo agudo cuando la pérdida real sobreviene. La esperanza de que no va a producirse la pérdida puede atenuar el duelo anticipado, pero desembocar en un duelo agudo perniciosamente intenso si por fin se produce el fallecimiento. El duelo anticipado también se da en los cuidadores en relación con los pacientes en trance de muerte, un factor que puede complicarse y disminuir igualmente la calidad de los cuidados ofrecidos. (43,44)

Las características del *duelo crónico* serían una respuesta emocional intensa con persistencia prolongada de la ansiedad, la agitación y desesperanza en lugar de la tristeza, y la frecuencia de autorreproches asociados o no con cólera desplazada hacia terceros. La vida de estas personas suele mantenerse desorganizada, y será frecuente encontrar en la evolución episodios depresivos, trastornos de ansiedad, agorafobia, hipocondría y alcoholismo. (43,44)

Un caso exagerado de cronificación del duelo sería lo que Gorer denominó **momificación**, y que se caracteriza por la creencia más o menos consciente de que la persona muerta regresará, lo que va unido al deseo de asegurar que será apropiadamente recibida cuando lo haga, y por ello, se mantendrán los objetos inmodificados tal y como los tenía el difunto, se hablará de él en presente, y se tolerará muy mal cualquier comentario que intente forzar la realidad del fenómeno de la muerte. (43,44)

El **duelo inhibido o negado** se refiere a la ausencia de muestras de duelo cuando habitualmente habría de esperarse. En algunos casos el duelo se retrasa simplemente hasta el momento en que ya no puede evitarse por más tiempo. A menudo, la primera reacción a una pérdida que no ha dado oportunidades de duelo anticipado es un choque o negación temporal, situación en que los detalles del sepelio y las gestiones del entierro distraen a la persona de la experiencia plena de la magnitud o implicaciones de lo sucedido. La necesidad de ocultar su duelo varía considerablemente entre las personas, habiendo notables diferencias en lo relativo al carácter vergonzante o conflictivo de la exhibición u ocultación del duelo. Las influencias familiares o culturales también afectan a la forma cómo el doliente se comporta en público. La cara alta, generalmente admirada, contrasta dramáticamente con el llanto, aturdimiento y desmayo que se suelen aceptar como normales. Es potencialmente patógeno el duelo cuya expresión es inhibida o negada porque la persona simplemente no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, o traer consecuencias tan desgraciadas como la experiencia de síntomas físicos similares a los del finado o reacciones inexplicadas en días señalados, como el aniversario de la pérdida. Finalmente, puede alcanzar expresión desplazándose hacia otra pérdida, que aunque aparentemente insignificante por sí misma puede simbolizar la pérdida original. La reacción excesiva a la preocupación de otra persona puede ser una manifestación de desplazamiento. (43,44)

El duelo puede adquirir características extremadamente anormales y cercanas a un episodio psicótico. Se ha llamado psicosis de duelo y los síntomas son propiamente los de un cuadro psicótico reactivo. Si bien se puede considerar normal la sensación de oír la voz del fallecido, ante la presencia de alucinaciones auditivas o visuales persistentes, complejas y con poca conciencia crítica debemos considerar esta forma patológica del duelo. Puede elaborarse un pensamiento delirante respecto al fallecido que niegue su muerte o su ausencia y reivindique su presencia de alguna forma más o menos mágica o paranormal. También las alteraciones conductuales o caracteriales gravemente distorsionadas respecto al estado premórbido deben valorarse como una posible psicotización del duelo.

Además de estas características potencialmente patológicas, hay que hacer hincapié en que el duelo puede derivar hacia estructuras psicopatológicas nuevas, o bien potenciar trastornos previos. Se ha llamado duelo sintomático, y sería por tanto una reacción de duelo con sintomatología de nueva aparición o bien, exacerbación de situaciones sintomáticas previas. Clínicamente debería diagnosticarse como un trastorno adaptativo, con distintas variedades clínicas asociadas.

El diagnóstico de depresión en una persona en duelo es complejo por la similitud de síntomas. Los síntomas propios del duelo (llanto, apatía, desespero, hiporexia, insomnio...) son comunes con un síndrome depresivo. La distinción no es fácil en las fases agudas y es la evolución la que condiciona el diagnóstico.

El deprimido experimenta la tristeza de manera continua, profunda y constante, mientras que en el duelo puede haber fluctuaciones del ánimo. La anhedonia es constante en la depresión, así como aparecen ideas de desesperanza y minusvalía, deterioro social, retardo psicomotor e ideas suicidas. Es valorable también la reacción contratransferencial de las personas que acompañan a la persona en duelo, si se despierta en ellos irritación e indiferencia debemos sospechar que no estamos ante una depresión. Cuando existe, la depresión es percibida por el entorno con empatía e identificación.

Algunos autores proponen que ante una depresión tras un duelo deben usarse fármacos antidepresivos (18).

En la siguiente figura elaborada por Tizón (28) vemos los tipos generales de duelo desde el punto de vista de su evolución.

En la literatura	Agrupaciones	Tipología simplificada
Duelo	Duelo normal	Duelo "normal"
Duelo crónico	Duelo crónico	Duelo complicado
Duelo retardado o congelado Duelo reprimido	Duelo retrasado, Suprimido, Pospuesto, Prolongado	
Duelo dramatizado o exagerado	Duelo exagerado	
Duelo enmascarado Duelo complicado Duelo actuado Duelo reactivado Duelo psiquiatrizado Duelo maligno Equivalentes del duelo	Duelo enmascarado	
Duelo actuado	Duelo depresivo	
Duelo depresivo Duelo psiquiatrizado Duelo maligno	Duelo con somatizaciones	Duelo (psico)patológico
Duelo histérico Duelo obsesivo Duelo psicotraumático Equivalentes del duelo	Duelo desorganizador: Trastorno por estrés postraumático, etc.	
	Otros tipos de psicopatología	

Cuadro 9: Evolución de los tipos de duelo (43,44)

Para cualquier observador o profesional puede ser evidente que, en algunos casos, la elaboración, los "trabajos del duelo" de algunas personas comienzan a sufrir dificultades, retraso de los "trastornos por estrés postraumático" y de algunas personalidades muy vulnerables; otras veces, desde los momentos o fases intermedios. A menudo no es fácil detectar cuándo comienza a ser así, cuándo la elaboración, el afrontamiento, comienza a sufrir dificultades y comienza a aparecer signos de psicopatología.

Momentos intrapsíquicos del duelo	Síntomas Experiencias intensas, repetidas o prolongadas pueden llevar a la manifestación de síntomas de esa fase mediante las siguientes vías:
Suceso, pérdida	* Trastorno por estrés postraumático agudo en casos de catástrofes especialmente “aplastantes”.
I. Impacto: * Horror, pena, aflicción, ira, protesta, etc.	* Reacciones de pánico o agotamiento a causa de reacciones emocionales intensas que nos invaden.
II. Aflicción y pena/protesta, resentimiento	* Depresión o agitación por causa de: -tristeza, pena, culpa extremas - aumento de las ansiedades persecutorias (sentimientos de ser perseguido, necesidad de perseguir...).
III. Negación Se intenta negar la realidad de la pérdida o de lo que ésta significa para nosotros	* Evitación extrema: evitación, fobias, uso de drogas para evitar el sufrimiento mental. * Reacciones maníacas: control, desprecio, pseudosuperación, etc.
IV. Intrusión -“inundación” Recuerdos y vivencias inevitables del suceso	* Estados de inundación por ideas, emociones, imágenes o recuerdos acerca del objeto o de la pérdida que nos invaden. * Trastorno por estrés postraumático subagudo y crónico.
V. Elaboración: Se comienza a enfrentar la realidad de lo que ha pasado	* Respuestas psicósomáticas: tienden a desarrollarse quejas somáticas o incluso afecciones somáticas o incluso afecciones si la elaboración del duelo se estanca o “congela”
VI. Reparación: La vida continúa, incluso, tal vez, con mejoras intrapsíquicas, mentales	* Trastornos caracteriales o psicopatológicos si no hay esa restauración del mundo interno y reanudación de las relaciones externas tras la elaboración suficiente del duelo.

Cuadro 10: Evolución de un duelo y posibilidades de complicación (30)

Duelo frente a depresión

Según Flórez (19,1) el duelo y la depresión comparten muchas características: tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten y las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente poco importantes.

En el duelo las fluctuaciones son normales, se experimenta en forma de oleadas, en las que la persona en duelo se hunde y va saliendo, incluso en el duelo intenso pueden producirse momentos de felicidad y recuerdos gratos. Los sentimientos de culpa son frecuentes en la depresión, y cuando aparecen en el duelo, suelen estar motivadas porque se piensa que no se ha hecho lo suficiente por el fallecido antes de morir, y no porque el individuo tenga la certeza de que es despreciable e inútil, como ocurre con frecuencia en la depresión. La certeza de que el duelo tiene un límite temporal es fundamental. La mayoría de las personas deprimidas se sienten desesperanzadas y no pueden imaginar que algún día puedan mejorar. Las personas deprimidas hacen más intentos de suicidio que las personas en duelo, las cuales, salvo en

circunstancias especiales como por ejemplo, un anciano físicamente dependiente, no desea realmente morir, aunque aseguren que la vida se les hace realmente insoportable. Es importante tener en cuenta que las personas con episodios previos de depresión tienen riesgo de recaer cuando se produce una pérdida importante. Algunos pacientes con duelo complicado terminan presentando un trastorno depresivo mayor; la diferenciación está basada en la gravedad de los síntomas y en su duración.

Según el DSM-IV (1) el diagnóstico de trastorno depresivo mayor sólo se hace cuando los síntomas prevalecen dos meses después de la pérdida. La presencia de síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal pueden ayudar a diferenciar entre un episodio depresivo y una reacción de duelo. Los síntomas que se ven con mayor frecuencia en el trastorno depresivo mayor que aparece tras un duelo son:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Los pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. La preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. El enlentecimiento psicomotor acusado.
5. El deterioro funcional acusado y prolongado
6. Las experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Cuadro 11 . DSM-IV-TR. Diferencia entre duelo normal y episodio depresivo mayor (1)

	DEPRESIÓN	DUELO
Pérdida	Más lejana, inconsciente, repetida o no proporcionada al estado afectivo del sujeto.	Generalmente, más próxima, consciente y proporcionada a los afectos del sujeto.
Motivaciones	* Apatía. * Pérdida de energía e interés.	* Hiperactividad o inhibición psicomotriz
Emociones	* Afectos depresivos. * Sentimiento de vacío. * Ira, resentimiento. * Ansiedades “depresivas” y persecutorias entremezcladas. * Vergüenza. * Culpa (persecutoria). * Todos ellos más estables que en los procesos de duelo	* Las mismas que en la depresión, pero: -menos estables. -menos profundas -sobre una personalidad no melancólica o depresiva
Cogniciones	* Se afecta la capacidad de concentración. * Ideación suicida en los casos graves casi siempre presente y duradera. * Ideación negativa acerca del pasado, presente, futuro, del sí mismo y del mundo.	* Capacidad de concentración más variable. * Ideación suicida ocasional, pero poco duradera (¡hay excepciones!: ancianos, duelos complicados, etc.) * Cambian las ideas acerca del futuro, del sí mismo y del mundo.
Biología	* Trastornos del sueño. * Trastornos del apetito. * Cambios hormonales. * Cambios en los neurotransmisores. * Cambios inmunológicos	Cambios menos notables, pero con repercusiones: -neuroendocrinas -inmunológicas

Cuadro12: Semiología del duelo y la depresión (35)

Evaluación del duelo

Cuestionarios para la evaluación del duelo:

Dada la complejidad que conlleva el fenómeno del duelo es de esperar que su evaluación no constituya una tarea sencilla.

En líneas generales, con la evaluación del duelo se pretende recopilar toda aquella información que resulte relevante, en última instancia, para lograr una adecuada adaptación de los familiares a la realidad de la pérdida.

Esta información puede obtenerse a través de diversas fuentes como entrevistas, genogramas, autorregistros, observación directa, historia de vida, cuestionarios, etc., y sobre todo mediante grandes habilidades de escucha y comunicación Las principales áreas que deben evaluarse son las siguientes: estructura y funcionamiento familiar, historia del fallecimiento, necesidades individuales y familiares, conductas problemáticas y peticiones de intervención (29,8,2,23,22)

Entre los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación del duelo encontramos los siguientes:

CUESTIONARIOS GENERALES (29)

- Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001).
- Inventario Texas Revisado de Duelo (The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y De Vul, 1987). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros, Calvo y Gaminde (1995) y García-García y Landa (2001).
- Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001). La adaptación al español ha sido llevada a cabo por García-García, Landa, Prigerson, Echevarria, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).
- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).
- Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (Soler, Barreto y Yi, 2002).
- Grief Reaction Checklist (Remondet y Hansson, 1987).
- Escala Emocional de Caras (Facial Affective Scale de McGrath, de Veber y Hearn, 1985).

CUESTIONARIOS GENERALES (29)

- Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001).
- Inventario Texas Revisado de Duelo (The Texas Revised Inventory of Grief de Faschingbauer, Zisook y De Vul, 1987). Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros, Calvo y Gaminde (1995) y García-García y Landa (2001).
- Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001). La adaptación al español ha sido llevada a cabo por García-García, Landa, Prigerson, Echevarria, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).
- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).
- Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (Soler, Barreto y Yi, 2002).
- Grief Reaction Checklist (Remondet y Hansson, 1987).
- Escala Emocional de Caras (Facial Affective Scale de McGrath, de Veber y Hearn, 1985).

Justificación

"El hombre muere tantas veces como pierde a cada uno de los suyos"
Públio Sirio

Si bien el duelo es un proceso normal la sintomatología suele confundirse con trastornos depresivos mayores o trastornos de ansiedad, es decir no se identifica y llega a confundirse con dichos trastornos por la intensidad en la sintomatología, y en lo que corresponde al duelo complicado como lo han descrito varios autores debe tomarse como un síndrome diferente que puede tener repercusiones importantes en la calidad de vida y funcionamiento social de las personas, por lo que es importante reconocerlo para establecer medidas de acción ante este problema de salud.

La comprensión del proceso de duelo y cómo responder como profesionales está siendo revalorada. Distinguir las diferencias entre duelo normal y duelo complicado no siempre es claro; para clarificar el concepto de duelo complicado también ha sido un desafío debido a las diferencias en la terminología.

La mayoría de los clínicos tendrán cierta experiencia con los pacientes que están experimentando duelo normal y que además están experimentando sentimientos de fatiga, sentimientos de ira, aislamiento social y pérdida de interés en el día a día. Estos pacientes que comprenden en 80 a 90% de las personas en duelo, es más probable que experimenten un duelo normal.

Aunque hay algunas preocupaciones acerca de la diferenciación entre duelo complicado y trastorno por estrés postraumático o depresión, el duelo complicado probablemente se añada a la próxima edición del DSMV.

Debido a la pobre información en el campo del dolor y duelo para ayudar a las personas a darse cuenta de que el duelo es un proceso normal, muchos profesionales son reacios a considerar un duelo complicado como un trastorno que debe incluirse en el DSMV Prigerson (8,4) encontró que el 98.5% de los entrevistados en duelo, estarían interesados y dispuestos a recibir ayuda si son informados con que sufren síntomas de duelo complicado y el 96.3% dijeron que se sienten mejor sabiendo que no se están volviendo locos.

En México no contamos con datos científicos que nos describan el comportamiento de este fenómeno, el cual tiene repercusiones clínicas en la salud mental y enseñanza y atención tanto para paciente terminales como para familiares que están en este proceso, como el Instituto Mexicano de Tanatología, la Asociación Mexicana de Tanatología entre otras. Pero no contamos con datos en México que establezcan la importancia de la atención de este diagnóstico en una Institución de salud de tercer nivel de atención.

Pregunta de investigación

"Aprende a vivir bien y sabrás morir mejor"

Confucio

¿Cuál es la prevalencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente que existe en la demanda de atención de personas que han sufrido la pérdida por muerte de un miembro primario de apoyo? ¿Cuántas de éstas personas se encuentran en un proceso de duelo normal y cuantas por un proceso de duelo complicado y determinar si existen diferencias entre ellas?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia, las características sociodemográficas y clínicas asociadas al desarrollo de un proceso de duelo normal y/o complicado en personas con pérdida por muerte de un miembro primario de apoyo en las personas que acuden al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente a pedir atención.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia del proceso de duelo normal y complicado en pacientes que se atendieron en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

- Determinar si existen diferencias entre las características sociodemográficas de los pacientes con proceso de duelo normal y complicado.
- Determinar si existen diferencias entre las características clínicas de los pacientes con proceso de duelo normal y complicado

Material y métodos

"Así como una jornada bien empleada produce un dulce Sueño, si una vida bien usada causa una dulce muerte"
Leonardo Da Vinci

Tipo de estudio

Transversal, comparativo y prolectivo.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron a todos los pacientes captados por el servicio de preconsulta el INPRF, durante marzo a septiembre del 2009 que refirieron la pérdida por muerte de una persona del *grupo primario de apoyo*.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión

- Pacientes que solicitaron atención de primera vez tanto hombres y mujeres, durante marzo a septiembre del 2009 en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
- Mayores 18 años que hayan perdido por muerte a un miembro primario de apoyo
- Que las pérdidas por muerte hayan tenido lugar dos años previos al momento de solicitar atención.

Exclusión

- Pacientes que presentaron trastornos psicóticos previos o un deterioro orgánico cerebral.

Eliminación

- Pacientes que no completaron (2) la evaluación con la aplicación de los instrumentos de duelo.

Variables y escalas de medición

Variable	Tipo de variable	Escalas de medición
Duelo	Nominal	Inventario de experiencias de duelo (IED) Inventario de duelo revisado de Texas (IDT) Inventario de duelo complicado duelo
Sociodemográficas - Sexo - Edad - Nivel socio-Económico - Escolaridad - Actividad laboral - Estado civil - Tipo de muerte - Tiempo transcurrido del fallecimiento.	Nominal Categoría Ordinal Dimensional Nominal Categoría Nominal Dimensional	Hoja sociodemográfica elaborado por investigador
Sintomatología psiquiátrica Diagnostico en EjeI Diagnostico en Eje II	Nominal Nominal	Mini SCID - II
Otras enfermedades	Nominal	Historial médico

El inventario de duelo complicado (IDCR) (5,4) fue realizado para evaluar los síntomas del duelo complicado. Es un cuestionario autoaplicable o puede aplicarlo el investigador, de de 37 items para evaluar síntomas de angustia traumática (sentimientos de incredibilidad, enojo, shock, evasión, sorpresa) ansiedad de separación (anhelo y búsqueda del fallecido, recuerdos y preocupaciones del fallecido, culpa, alucinaciones visuales y auditivas). Para realizar el diagnostico de duelo complicado tiene que cumplir el criterio A1: haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona, este es un requisito previo para rellenar el inventario Criterio A2: estrés por la separación que conlleva a la muerte, tener repuesta igual o mayor a 4 en por lo menos 3 de las 5 preguntas siguientes: 2,3,5,6,25. Criterio B: estrés por el trauma que supone la muerte, tener respuestas igual o mayor a 4 en por lo menos 6 de las 12 preguntas siguientes:

4,7,8,9,11,15,17,20,22,24,26,29. Criterio C cronología, responder 6 meses o más en la pregunta 35, criterio D deterioro responder igual o mayor a 4 en la pregunta 31. La consistencia interna es de 0.96, el alfa de Cronbach 0.92, se encontró una correlación de 0.67 con el inventario para depresión de Beck y de 0.87 con el inventario de duelo revisado de Texas. Discrimina entre un proceso de duelo normal y complicado. Este inventario está relacionado con una pobre calidad de vida, funcionabilidad global, estado de ánimo, calidad del sueño y autoestima.

El inventario de experiencias de duelo (IED) Es una escala autoaplicable, tiene 135 ítems dicotómicos que exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas: 3 de validez (Negación, Respuestas Atípicas y Deseabilidad Social); 9 clínicas (Desesperanza, Enfado, Culpa, Aislamiento Social, Pérdida de Control, Rumiación, Despersonalización, Somatización y Ansiedad ante la Muerte); y 6 experimentales (Alteraciones del Sueño, Pérdida de Apetito, Pérdida de Energía, Síntomas Físicos, Optimismo/desesperanza y Dependencia). Algunos de los ítems puntúan a 2 y 3 escalas a la vez y así, aunque son 135, sumando las máximas puntuaciones posibles de cada una de las escalas sale 187 (145a verdadero y 42 a falso).

La confiabilidad de las distintas subescalas del IED era muy variable. Expresada como consistencia interna y medida por el alfa de Cronbach oscilaba entre 0,52 y 0,81. Esta escala identifica las diferentes manifestaciones clínicas que experimentan los pacientes durante el proceso de duelo. La justificación de utilizar esta escala en este estudio es valorar alguna diferencia en estas manifestaciones cuando los pacientes presentaban un duelo normal o un duelo complicado.

El Inventario de Texas de duelo (IDT) Es una escala autoaplicable que se llena en 10 minutos aproximadamente. Según sus autores permite agrupar a los dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo (sentimientos en el pasado y presenta ausentes), duelo resuelto (sentimientos intensos en el pasado) duelo prolongado (sentimientos en el presente y pasado intensos) y agudo (sentimientos actuales intensos) tiene 2 escalas clínicas tipo Likert: una referida a los sentimientos del doliente los momentos posteriores cercanos a la muerte del sujeto, de 8 ítems, y la otra a los sentimientos actuales, de 13. La justificación de utilizar esta escala fue para poder diferenciar entre duelo normal y duelo complicado (el duelo prolongado como se expresa en el marco teórico es una de las presentaciones de duelo complicado se que ha descrito en la literatura). Además nos permite valorar si el proceso de duelo normal se ha resuelto o no esto dado por la presentación de sintomatología en el pasado o actual.

Variables y escalas de medición

Variable	Tipo de variable	Escalas de medición
Duelo	Nominal	Inventario de experiencias de duelo (IED) Inventario de duelo revisado de Texas (IDT) Inventario de duelo complicado duelo
Sociodemográficas - Sexo - Edad - Nivel socio-Económico - Escolaridad - Actividad laboral - Estado civil - Tipo de muerte - Tiempo transcurrido del fallecimiento.	Nominal Categoría Ordinal Dimensional Nominal Categoría Nominal Dimensional	Hoja sociodemográfica elaborado por investigador
Sintomatología psiquiátrica Diagnostico en Eje I Diagnostico en Eje II	Nominal Nominal	Mini SCID - II
Otras enfermedades	Nominal	Historial médico

El inventario de duelo complicado (IDCR) (5,4) fue realizado para evaluar los síntomas del duelo complicado. Es un cuestionario autoaplicable o puede aplicarlo el investigador, de de 37 items para evaluar síntomas de angustia traumática (sentimientos de incredibilidad, enojo, shock, evasión, sorpresa) ansiedad de separación (anhelo y búsqueda del fallecido, recuerdos y preocupaciones del fallecido, culpa, alucinaciones visuales y auditivas). Para realizar el diagnostico de duelo complicado tiene que cumplir el criterio A1: haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona, este es un requisito previo para rellenar el inventario Criterio A2: estrés por la separación que conlleva a la muerte, tener repuesta igual o mayor a 4 en por lo menos 3 de las 5 preguntas siguientes: 2,3,5,6,25. Criterio B: estrés por el trauma que supone

la muerte, tener respuestas igual o mayor a 4 en por lo menos 6 de las 12 preguntas siguientes: 4,7,8,9,11,15,17,20,22,24,26,29. Criterio C cronología, responder 6 meses o más en la pregunta 35, criterio D deterioro responder igual o mayor a 4 en la pregunta 31. La consistencia interna es de 0.96, el alfa de Cronbach 0.92, se encontró una correlación de 0.67 con el inventario para depresión de Beck y de 0.87 con el inventario de duelo revisado de Texas. Discrimina entre un proceso de duelo normal y complicado. Este inventario está relacionado con una pobre calidad de vida, funcionalidad global, estado de ánimo, calidad del sueño y autoestima.

El inventario de experiencias de duelo (IED) Es una escala autoaplicable, tiene 135 ítems dicotómicos que exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas: 3 de validez (Negación, Respuestas Atípicas y Deseabilidad Social); 9 clínicas (Desesperanza, Enfado, Culpa, Aislamiento Social, Pérdida de Control, Rumiación, Despersonalización, Somatización y Ansiedad ante la Muerte); y 6 experimentales (Alteraciones del Sueño, Pérdida de Apetito, Pérdida de Energía, Síntomas Físicos, Optimismo/desesperanza y Dependencia). Algunos de los ítems puntúan a 2 y 3 escalas a la vez y así, aunque son 135, sumando las máximas puntuaciones posibles de cada una de las escalas sale 187 (145a verdadero y 42 a falso). La confiabilidad de las distintas subescalas del IED era muy variable. Expresada como consistencia interna y medida por el alfa de Cronbach oscilaba entre 0,52 y 0,81. Esta escala identifica las diferentes manifestaciones clínicas que experimentan los pacientes durante el proceso de duelo. La justificación de utilizar esta escala en este estudio es valorar alguna diferencia en estas manifestaciones cuando los pacientes presentaban un duelo normal o un duelo complicado.

El Inventario de Texas de duelo (IDT) Es una escala autoaplicable que se llena en 10 minutos aproximadamente. Según sus autores permite agrupar a los dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo (sentimientos en el pasado y presenta ausentes), duelo resuelto (sentimientos intensos en el pasado) duelo prolongado (sentimientos en el presente y pasado intensos) y agudo (sentimientos actuales intensos) tiene 2 escalas clínicas tipo Likert: una referida a los sentimientos del doliente los momentos posteriores cercanos a la muerte del sujeto, de 8 ítems, y la otra a los sentimientos actuales, de 13. La justificación de utilizar esta escala fue para poder diferenciar entre duelo normal y duelo complicado (el duelo prolongado como se expresa en el marco teórico es una de las presentaciones de duelo complicado que ha descrito en la literatura). Además nos permite valorar si el proceso de duelo normal se ha resuelto o no esto dado por la presentación de sintomatología en el pasado o actual.

Métodos de recolección de datos

Se aplicaron cuestionarios tanto autoaplicables como aplicados por el investigador durante el periodo antes establecido.

Procedimiento

Se seleccionaron a los pacientes en el servicio de preconsulta que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron a los pacientes que refirieron la pérdida por muerte de un miembro primario de apoyo, se les pidió su participación a este estudio mediante información verbal y firma del consentimiento informado, posterior a la aceptación se citó a los pacientes en dos ocasiones con un intervalo de 15 días entre las citas de una hora cada una de ellas, en la primera cita se les realiza una entrevista para recabar los datos sociodemográficos y características del miembro primario de apoyo fallecido (tiempo del fallecimiento, tipo de muerte, etc.) mediante un cuestionario elaborado por investigador, además se les aplica el MINI (Entrevista Neuropsiquiatría Internacional) y el SCID- II, en la segunda cita el investigador principal aplica el inventario de duelo complicado revisado, y se les proporciona el inventario de experiencias de duelo y el inventario de duelo de Texas para que lo contestarán. Al terminar las entrevistas de los 45 pacientes se realiza la codificación de datos y el análisis estadístico. Para el cálculo de la prevalencia se obtuvieron los datos del sistema de registro hospitalario del Instituto Nacional de Psiquiatría de Ramón de la Fuente.

Análisis de los resultados

*“Nací sin saber porqué. He vivido sin saber cómo. Y muero sin saber cómo ni por
qué”
Pierre Gaseada*

Se determinó la prevalencia del duelo tomado los casos que presentaban este fenómeno entre las personas que acudieron a la preconsulta en el periodo comprendido de marzo a septiembre del 2009, también se calculó la prevalencia de duelo complicado y duelo normal.

Para la descripción de las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes, para la descripción de las variables dimensionales se utilizaron promedios y desviaciones estándar. Para el contraste de variables categóricas se utilizó Chi² y para variables dimensionales la prueba t de student.

Se elaboraron tablas descriptivas generales y tablas analíticas entre los inventarios y otras variables de interés. Se calcularon razones de momios con intervalos de confianza al 95% para las variables que resultaron con significancia estadística con $p < 0.05$. Posteriormente se determinaron coeficientes de correlación de Spearman con dichas variables.

Se realizó una curva de sobrevivencia de Kaplan-Meier para determinar en qué tiempo acudieron a valoración después del fallecimiento del miembro primario de apoyo.

Consideraciones Éticas

La realización de este estudio cumple con las estipulaciones Declaración de Helsinki, que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. El proyecto también cumple con la Ley General de Salud, de los Estados Unidos Mexicanos, título quinto "Investigación para la salud", capítulo único, Artículo 100, Fracciones I-V, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 2007.

Esta investigación de acuerdo con el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se considera como "investigación de riesgo mínimo" ya que sólo se realizarán entrevistas a pacientes; dichas entrevistas incluyen aplicación de varios instrumentos que aborda aspectos sensibles en el afecto, la conducta y los hábitos de los participantes.

Los participantes que asistieron al hospital y que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron invitados a participar y recibieron por parte del investigador información acerca de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades derivadas del estudio, fuentes de financiamiento, así como se les informarán del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento de la entrevista, sin exponerse a represalias y garantizando la confidencialidad de las encuestas.

El investigador solicitó a los pacientes que firmaran el consentimiento informado voluntario (Anexo) después de asegurarse que hubieron comprendido la información, lo cual se comprobó preguntando acerca de los puntos clave del estudio.

Organización

Recursos humanos y materiales

- Se solicitó el apoyo al personal del área de preconsulta quienes captaron y avisaron al investigador principal de los pacientes que estuvieron cursando con duelo.

- Se utilizó material de papelería básica para la recolección de datos.

Propios del investigador y de la Institución de atención médica.

Evaluación de costos

El costo estuvo determinado por el número de material utilizado para la recolección de los datos (papel, lápiz, fotocopias, etc.)

Cronograma de actividades

Actividad	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1	R4-2
Autorización del proyecto	X				
Recopilación de datos		X	X		
Resultados y análisis de la información				X	
Impresión y entrega de proyecto				X	

- R2-2 = Segundo semestre R2;
- R3-1 = Primer semestre R3;
- R3-2 = Segundo semestre R3;
- R4-1 = Primer semestre R4;
- R4-2 = Segundo semestre R4.

Resultados

Durante el periodo de marzo a septiembre del 2009 se otorgaron 3668 preconsultas, 47 pacientes acudieron solicitando la atención por pérdida por fallecimiento de un miembro primario de apoyo, 2 de estos pacientes fueron eliminados del estudio ya que no completaron los cuestionarios, quedando un total de 45 pacientes la cual fue nuestra cohorte de estudio, siendo la prevalencia de 1.28 %. De los 45 pacientes, 26 pacientes presentaron duelo complicado (64.4%) y 16 pacientes duelo normal (35.5 %) siendo la prevalencia de 0.07% y de 0.04% respectivamente.

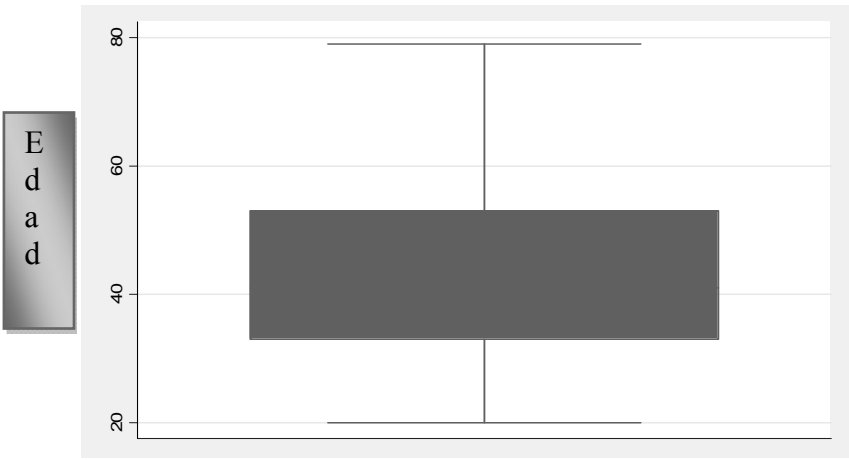
De los 45 pacientes evaluados, el inventario de duelo complicado revisado (IDCR) identificó a 29 pacientes con duelo complicado (64.44%). El inventario de duelo de Texas (IDT) identificó 16 pacientes con síntomas intensos en el pasado (duelo resuelto) (35.56%), 2 con síntomas intensos actuales (duelo agudo) (4.44%) y 27 con síntomas intensos en el pasado y actuales (duelo prolongado) (60%). (Tabla I)

Se evaluaron 45 pacientes, de los cuales 37 fueron mujeres (82.2%) y 8 hombres (17.8%). Las edades de los pacientes tuvieron un rango entre 20 y 79 años, con una media de 42.3 años (de:±14.05años) cabe señalar que la edad de los pacientes fue superior a los 53 años solo en el 25%, el 10% fue superior a 60 años de edad y solo el 5% fue de 65 años y más. (Tabla I) (Gráfica I)

TABLA I
ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS POR INVENTARIOS DE DUELO COMPLICADO Y DE TEXAS.

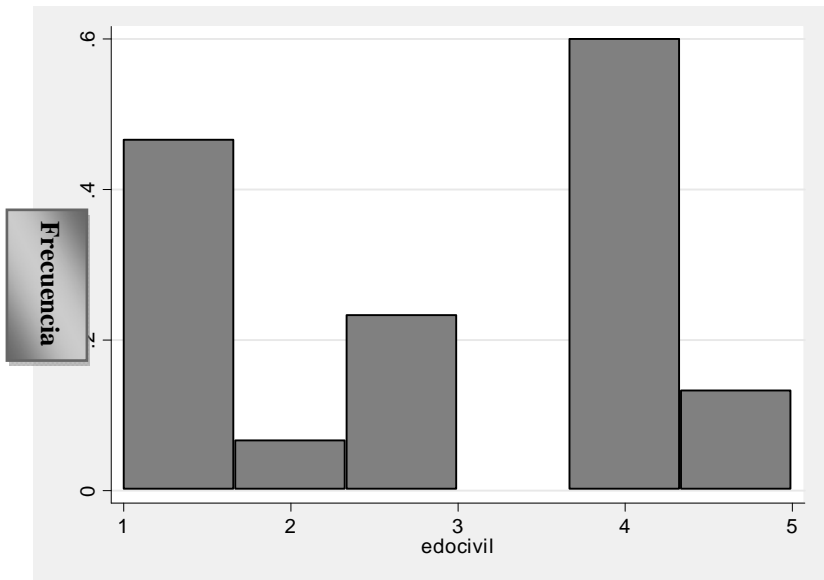
Variable	IDCR					IDT				
	Duelo Complicado		Duelo Normal		Valor p	Síntomas intensos en el pasado		Síntomas intensos en el pasado y actualmente		Valor p
n=	%	n.=	%	n.		%	n.	%		
<i>Sexo</i>										
Hombre	6	20.69	2	12.5	0.40	2	12.5	5	18.52	0.42
Mujer	23	79.3	14	87.5	0.27	14	87.5	22	81.48	0.31
	0.003		0.008			0.008		0.003		
<i>Edad</i>										
≤41a	16	55.17	7	43.75	0.29	6	37.5	15	55.56	0.22
>41a	13	44.83	9	56.25	0.28	10	62.5	12	44.44	0.20
	0.27		0.30			0.16		0.28		
<i>Estado civil</i>										
Soltero (a)	9	31	5	31.25	0.50	5	31.25	8	29.63	0.46
Unión libre	2	6.9	0	0	-	0	0	1	3.70	-
Viudo (a)	6	20.69	1	6.25	0.36	3	18.75	4	14.81	0.44
Casado	9	31	9	56.25	0.14	7	43.75	11	40.74	0.44
Divorciado	3	10.34	1	6.25	0.30	1	6.25	3	11.11	-
<i>Escolaridad</i>										
Primaria	6	20.69	4	25	0.42	3	18.75	7	25.93	0.40
Secundaria	14	48.28	3	18.75	0.17	5	31.25	12	44.44	0.30
Bachillerato	3	10.34	6	37.5	0.19	5	31.25	4	14.81	0.27
Licenciatura	6	20.69	3	18.75	0.47	3	18.75	4	14.81	0.44
<i>Ocupación</i>										
Empleado	10	34.48	6	37.5	0.45	7	43.75	9	33.33	0.34
Desempleado	6	20.69	2	12.5	0.39	2	12.50	4	14.81	0.47
Ama de Casa	10	34.48	7	43.75	0.35	6	37.5	11	40.74	0.45
Estudiante	2	6.9	1	6.25	0.50	1	6.25	2	7.41	-
Jubilado	1	2.22	0	0	-	0	0	1	3.70	-
<i>Nivel Socioeconómico</i>										
Medio	24	84.44	14	87.5	0.40	15	93.75	21	77.78	0.10
Bajo	5	17.24	2	12.5	0.43	1	6.25	6	22.22	-
	0.001		0.008			-		0.006		

**GRÁFICA I LA EDAD DE LOS PACIENTES CON
UNA MEDIA DE 42.3 AÑOS (RANGO 20 -79)**



El 40% de los pacientes fueron casados y 31% solteros, como se muestra en la Gráfica II y en la Tabla I.

**GRÁFICA II ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES CON DUELO**



1 soltero 2 unión libre, 3 viudo, 4, casado, 5 divorciado.

Los pacientes tenían una escolaridad predominantemente secundaria con 37.8% de frecuencia.

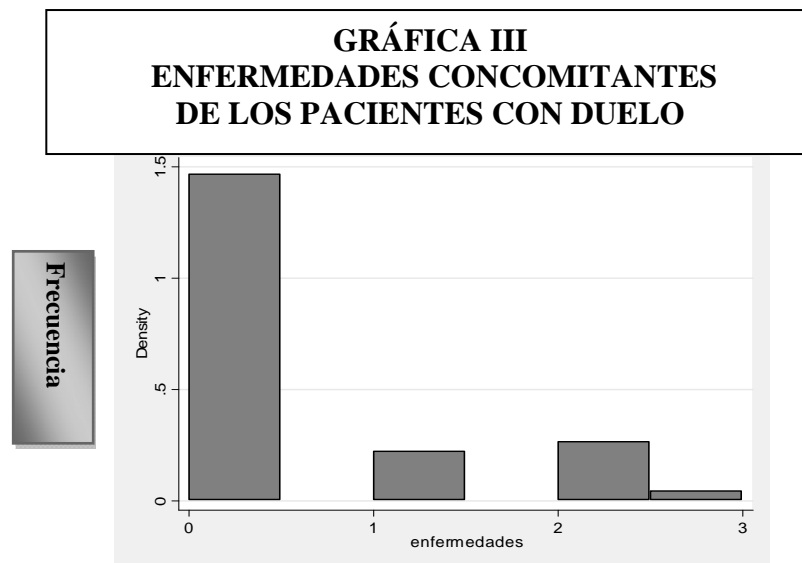
La ocupación más frecuentes en los pacientes fue las labores domésticas (n= 17, 37.7%), además 16 pacientes fueron empleados fuera del hogar representando 35.5% de nuestra población de estudio. (Tabla I)

Ningún paciente tuvo nivel socioeconómico alto, predominando el nivel medio con 38 pacientes (84.4%), y 7 con nivel bajo (15.6%). (Tabla I)

El duelo complicado se encontró más frecuentemente en las mujeres (79.3%) que en los hombres (20.7%) (p=0.003). (Tabla I)

De igual forma se presentó una mayor proporción de síntomas intensos en el pasado (duelo resuelto) en las mujeres (87.5%) que en los hombres (12.5%) (p=0.008), y el mismo fenómeno se presentó con la presencia de sintomatología intensa en el pasado y en el momento actual (duelo prolongado) (81% vs 18%) (p=0.003). (Tabla I)

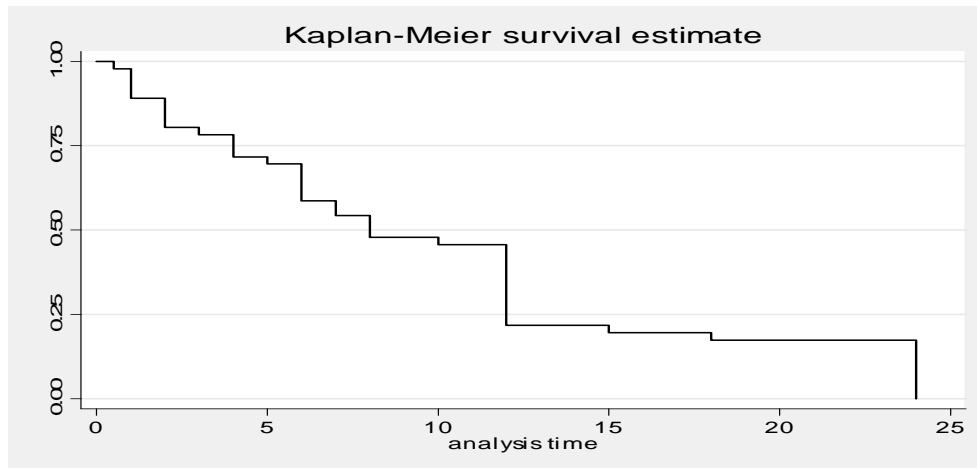
De los pacientes 45 pacientes, 33 no reportaron ninguna enfermedad médica asociada (73.33%) (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, migraña, hernia hiatal, diverticulosis, crisis parciales simples, VIH y obesidad) 6 pacientes presentaron dos enfermedades (13.33%), 5 reportaron una enfermedad (11.11%) y un paciente reportó 3 enfermedades (2.22%). (Gráfica III)



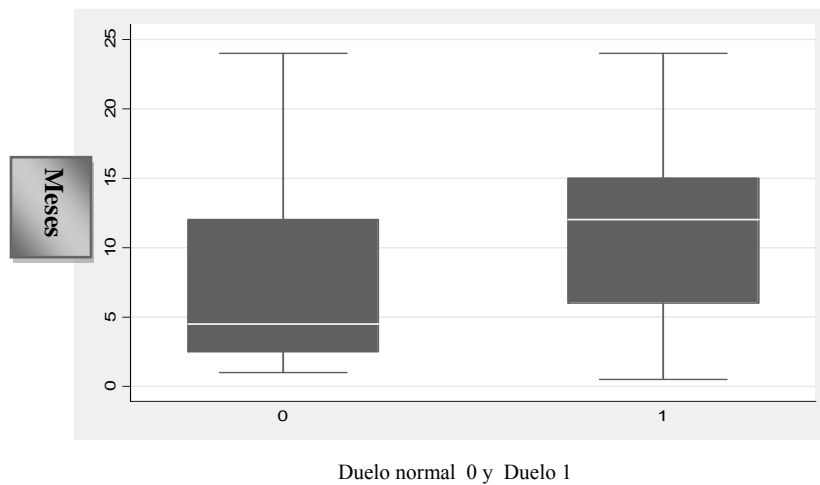
0 sin enfermedad, 1 con una enfermedad 2 con dos enfermedades 3 con tres enfermedades .

El lapso de tiempo entre el fallecimiento del miembro primario de apoyo al momento actual se muestra en la gráfica IV. El promedio de tiempo de fallecimiento fue de 10.25 meses (de±7.75meses). Además se encontró de una media de 11.6 meses (de + 7.71) en los pacientes con duelo complicado, siendo de 7.68 meses (de +7.37) en los pacientes con duelo normal, esta diferencia fue estadísticamente significativa (p<0.05). (Gráfica IV y V)

GRÁFICA IV. EL TIEMPO DE FALLECIMIENTO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN



GRÁFICA V TIEMPO TRASCURRIDO DE FALLECIMIENTO EN PACIENTES CON DUELO NORMAL Y DUELO COMPLICADO



El tipo de muerte fue predominantemente inesperado en 35 ocasiones (77.78%) y 10 de tipo esperado (22.22%). Diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.001$) (Tabla II)

Para duelo complicado se encontró una mayor proporción de muertes inesperadas (82%) en comparación con las esperadas (17%) ($p=0.001$), pero esto no mostró diferencias al comparar con duelo normal. (Tabla II)

De igual forma se observa una mayor proporción de pacientes con sintomatología en el pasado intensa (duelo resuelto) cuando la muerte fue inesperada (75%) que cuando fue esperada (25%) ($p=0.03$), existiendo el mismo

fenómeno en el grupo de sintomatología en el pasado y actual intensa (duelo prolongado) (77.7% y 22.2% respectivamente) (p=0.006).

Sin embargo al comparar por intensidad de sintomatología en el pasado y actualmente no hubo diferencia estadísticamente significativa para tipo de muerte. (p=0.44). (Tabla II)

TABLA II
ANÁLISIS DE VARIABLES, PERSONA FINADA Y TIPO DE MUERTE POR INVENTARIOS DE DUELO COMPLICADO Y DE TEXAS.

	IDCR					IDT				
	Duelo Complicado		Duelo Normal		Valor p	Síntomas intensos en el pasado (duelo normal)		Síntomas intensos en el pasado y actualmente (duelo prolongado)		Valor p
Variable	n=	%	n.=	%		n.	%	n.	%	
Persona finada										
Padre	6	20.69	1	6.25	0.36	2	12.50	5	18.52	0.42
Madre	4	13.79	4	25	0.33	4	25	4	14.81	0.34
Pareja	6	20.69	1	6.25	0.36	3	18.75	4	14.81	0.44
Hermano	5	17.24	2	12.5	0.43	2	12.50	4	14.81	0.47
Hijo	6	20.69	3	18.75	0.47	1	6.25	8	29.63	-
Primo	1	3.45	0	0	-	0	0	1	3.70	-
Aborto	1	3.45	1	6.25	-	1	6.25	0	0	-
Tios	0	0	3	18.75	-	2	12.50	1	3.70	-
Abuelos	0	0	1	6.25	-	1	6.25	0	0	-
Tipo de muerte										ns
Inesperada	24	82.76	11	68.75	0.17	12	75	21	77.78	0.44
Esperada	5	17.24	5	31.25	0.30	4	25	6	22.22	0.45
	0.001		0.08			0.03		0.006		

De los 45 pacientes, 30 pacientes presentaron TDM (66.67%), 2 presentaron distimia (4.44%), 15 presentó trastorno de ansiedad (33.3%), 6 pacientes mostraron otros diagnósticos (p.ej. TANE, dependencia a alcohol y trastorno disfórico premenstrual) (13.3%%) y 9 pacientes (20%) no tuvieron ningún diagnóstico (Tabla III).

En el análisis por Clusters, los cluster B son considerados con rasgos de personalidad narcisista, límite, histriónicos y antisociales; en nuestro estudio 16 pacientes fueron considerados en esta categoría (35.56%). Los Cluster C son considerados con rasgos de personalidad evitativa, obsesivos y dependientes, presentándose en nuestro estudio en 36 casos (80%), cabe resaltar que en ocasiones los pacientes pueden presentar ambos clusters. No se encontraron pacientes con Cluster A es decir, de tipo esquizoide, esquizotípico y paranoide.(Tabla III)

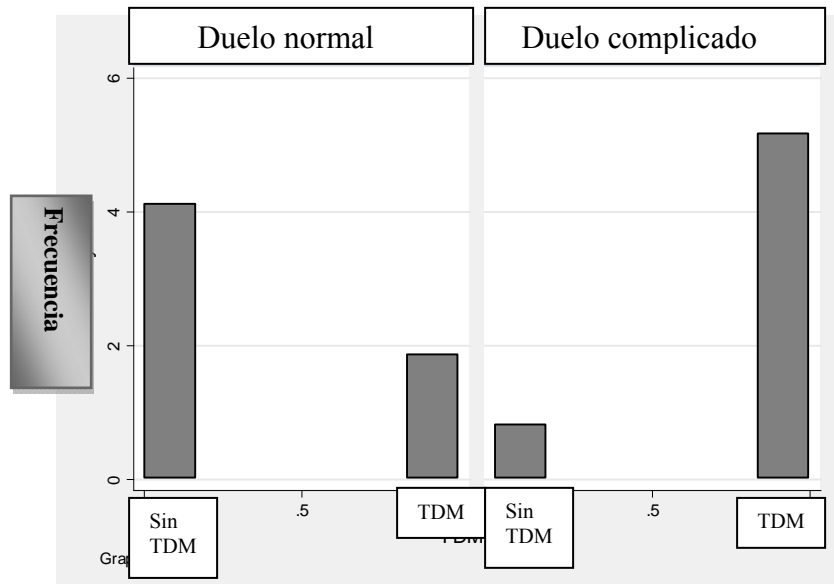
Tabla III
DIFERENCIA ENTRE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA DE ACUERDO A LOS INVENTARIOS DE ESTUDIO (IDCR, IDT)

Variable	IDCR		Duelo Normal		p	IDT		Pasado y Actual Intensos (duelo prolongado)		p
	n.	%	n.	%		n.	%	n.	%	
<i>Depresión Mayor</i>										
Con TDM	25	86.21	5	31.25	0.003	6	37.5	22	81.48	0.01
Sin TDM	4	13.79	11	68.75	0.02	10	62.5	5	18.52	0.05
	0.0008		0.08			0.16		0.002		
Con T. Ansiedad	13	44.83	2	12.5	0.19	1	6.25	13	48.15	-
Sin T. Ansiedad	16	55.17	14	87.5	0.02	15	93.75	14	51.85	0.005
	0.27		0.008			0.004		0.43		
<i>Sin Dx Psiq</i>										
Sin Dx	1	3.45	8	50	-	7	43.75	2	7.41	0.17
Con Dx	28	96.55	8	50	0.0005	9	56.25	25	92.59	0.007
	-		0.5			0.3		0.0005		
<i>Otros Dx Psiq</i>										
Con Otro Dx	5	17.24	1	6.25	-	1	6.25	3	11.11	-
Sin Otro Dx	24	82.76	15	93.75	0.16	15	93.75	24	88.89	0.30
	0.001		-			-		0.0009		
Con Distimia	1	3.45	1	6.25	-	1	6.25	1	3.70	-
Sin Distimia	28	96.55	15	93.75	0.33	15	93.75	26	2.22	0.000
	-		-			-		-		
<i>Personalidad</i>										
Con Cluster B	8	27.59	8	50	0.17	6	37.50	8	29.63	0.37
Sin Cluster B	21	72.41	8	50	0.13	10	62.50	19	70.37	0.33
	0.01		0.5							
Con Cluster C	24	82.76	12	75	0.31	12	75	23	85.19	0.23
Sin Cluster C	5	17.24	4	25	0.38	4	25	4	14.81	0.36
	0.001		0.03			0.03		0.001		

Al analizar la presencia de duelo complicado por medio del Inventario de duelo complicado revisado (IDCR) con el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se encontró una proporción de 86.21% de sujetos con TDM y duelo complicado y 31.25% con duelo normal; de los sujetos sin TDM 68.75% presentaron duelo normal y 13.79% duelo complicado, esta diferencia fue estadísticamente significativa (p=0.02)

(Tabla III) (Gráfica VI)

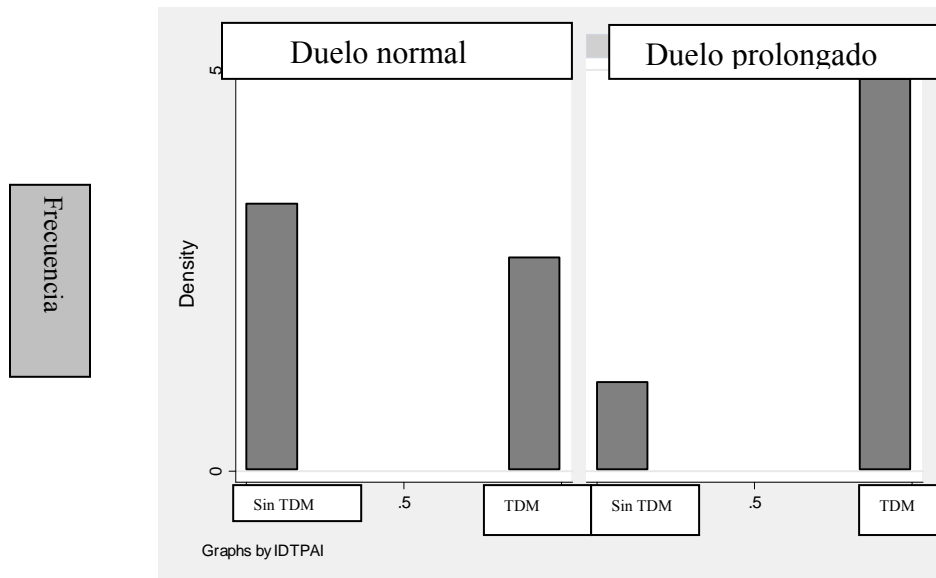
**GRÁFICA VI
PRESENCIA DE DUELO
COMPLICADO (IDCR) POR TDM**



Se observa que los que tuvieron duelo complicado tuvieron más presencia de TDM que los que no lo tuvieron.

Al analizar TDM por sintomatología en el momento del deceso y en el momento actual con el IDT, se encontró que existió una gran proporción de sujetos con sintomatología intensa en el Pasado y Actualmente (duelo prolongado) (81.48%) con TDM, en comparación con los que no tuvieron TDM (18.52%), esta diferencia fue estadísticamente significativa. ($p=0.002$) (Tabla III) (Gráfica VII)

GRÁFICA VII PRESENCIA DE TDM POR PRESENCIA DE SÍNTOMAS PASADOS Y ACTUALES INTENSOS (Duelo prolongado)

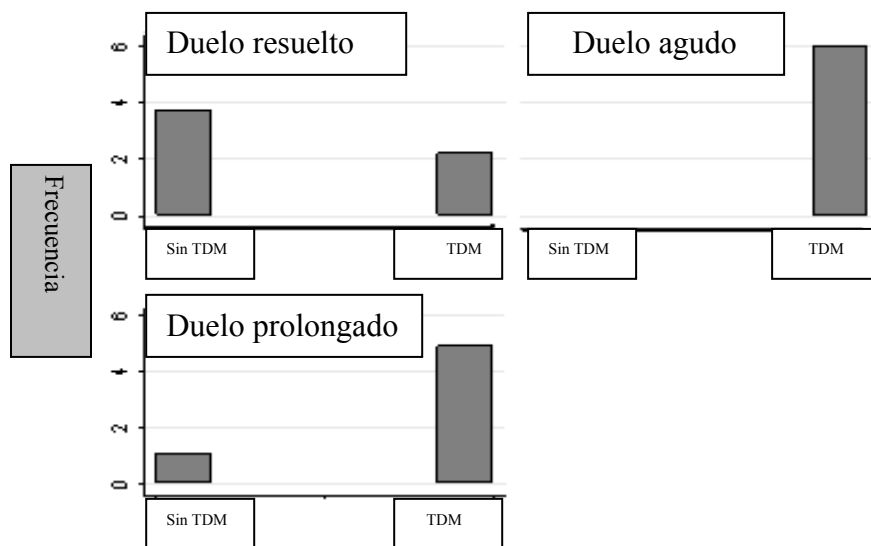


Los pacientes con síntomas pasados y actuales intensos (duelo prolongado) tuvieron una proporción alta de TDM, esta proporción fue similar a los pacientes con duelo complicado diagnosticado por IDCR, al aplicar la correlación de Spearman encontramos una $r_s=0.53$ ($p=0.0002$). Estos resultados demuestran que los pacientes con duelo prolongado tienden a ser complicado.

En inventario de duelo de Texas (IDT) identificó 3 grupos de sintomatología, los cuales fueron excluyentes entre sí, es decir, si bien solo se reportaron 2 casos con síntomas intensos actualmente (duelo agudo), algunos entran en el grupo de síntomas intensos en el pasado y actualmente (duelo prolongado) teniendo un total de 27 sujetos con sintomatología intensa actualmente que cumplieron criterios para presentar un TDM (Gráfica VIII)

El grupo de pacientes con sintomatología intensa actualmente (2 pacientes, duelo agudo), fueron catalogados en este grupo, ya que los eventos de muerte sucedieron en menos de 6 meses (≤ 1 mes), pudiéndolos considerar como duelos No resueltos en el momento de la valoración, sin embargo fueron identificados como pacientes con TDM (100%). (Gráfica VIII)

**GRAFICA VIII TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
POR SINTOMATOLOGÍA
DEL INVENTARIO DE DUELO TEXAS**



El Trastorno Depresivo Mayor se presentó principalmente en los sujetos con sintomatología intensa en el pasado y actualmente (duelo prolongado) (81.48%), siendo un porcentaje similar a los sujetos con duelo complicado (86.21%). (Tabla III)

Al analizar trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno por estrés postraumático), el ICDR identificó 44.83% de sujetos con Duelo complicado y algún trastorno de ansiedad, en comparación con 12.5% que no tuvo duelo complicado, además existió un gran porcentaje de sujetos con duelo normal y sin trastornos de ansiedad (87.5%), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.008$). (Tabla III)

Del grupo de pacientes que no tuvo síntomas intensos en el pasado, una gran proporción (93.75%) presentó Trastorno de Ansiedad, en comparación con el que sí tuvieron síntomas intensos en el pasado (6.25%), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.004$). (Tabla III)

En la Tabla III pueden observarse las diferencias entre las categorías de los grupos, así como su diferencia por presencia de duelo complicado o existencia de sintomatología en el pasado o en el pasado y actualmente, alcanzado significancia estadística.

Los pacientes con duelo complicado mostraron mayormente TDM en un 86% en comparación con los pacientes con duelo normal quienes presentaron TDM en 31.25% ($p=0.003$). (Tabla III)

Igualmente, los pacientes con síntomas intensos en el pasado y actuales (duelo prolongado) tuvieron una mayor proporción de TDM (81.4%) superando importantemente al 18 % sin TDM ($p= 0.002$), y a los que también presentaron TDM pero solo con síntomas intensos en el pasado (37.5%) ($p=0.01$). (Tabla III)

Cabe señalar que los pacientes que no presentaron trastornos de ansiedad se hayan concentrado en el duelo normal con (87.5%) en comparación con los que no tuvieron trastornos de ansiedad y si tuvieron duelo complicado (55.2%), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.02$). (Tabla III)

De igual forma se observó que los pacientes sin trastornos de ansiedad se concentraron en los que tuvieron sintomatología intensa en el pasado (duelo resuelto) (93.7%) siendo una menor proporción en los que refirieron síntomas intensos actualmente y en el pasado (duelo prolongado) (51.8%) ($p=0.005$). (Tabla III)

La Tabla IV muestra la descripción del Inventario de experiencias de duelo (IED) por síntomas presentados y su frecuencia, siendo el más frecuente síntomas físicos (68%), seguido por enfado y culpa, ambos con (64%), solo 20% mostró reacciones atípicas.

TABLA IV DESCRIPCION DEL INVENTARIO DE EXPERIENCIAS DE DUELO POR SINTOMAS		
<i>Síntoma</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Síntomas físicos	31	68.89
Enfado	29	64.44
Culpa	29	64.44
Alteraciones sueño	21	46.67
Aislamiento	18	40.00
Ansiedad ante la muerte	18	40.00
Negación	17	37.78
Desesperanza	16	35.56
Somatización	10	22.22
Reacciones atípicas	9	20.00
Rumeación	9	20.00
Pérdida de apetito	9	20.00
Desadaptación social	7	15.56
Pérdida de control	7	15.56
Despersonalización	4	8.89
Optimismo	4	8.89

El Inventario de experiencias de duelo (IED) brinda una puntuación cuya media no fue distinta entre el grupo de duelo complicado (132) y duelo normal (124) ($p=0.17$).

La edad tampoco fue distinta entre los grupos, ya que mostraron medias muy similares con duelo complicado (42.2 años) y duelo normal (42.5 años) ($p=0.47$).

El tiempo de familiar finado fue mayor en el duelo complicado (11.67 meses) en comparación con duelo normal, quienes solicitaron ayuda a los mas tempranamente (7.68 meses) ($p=0.05$). (Tabla V)

TABLA V								
ANALISIS DE PUNTUACION DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON EXISTENCIA DE DUELO COMPLICADO								
	IDCR							
	Duelo Complicado				Duelo Normal			
<i>Variable</i>	<i>n.</i>	<i>Media</i>	<i>de</i>		<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>de</i>	<i>Valor p</i>
IED (puntos)	29	132.75	24.11		16	124.68	33.62	ns
Edad (años)	29	42.2	14.68		16	42.5	13.3	ns
Tiempo de finado (meses)	29	11.67	7.71		16	7.68	7.37	<0.05

Observamos una mayor puntuación del IED en el grupo que no refirió pasado intenso (duelo resuelto) (136.7), en comparación con el que si lo refirió (117.4) y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.011$) (Tabla VI)

TABLA VI								
ANALISIS DE PUNTUACION DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON INTENSIDAD DE SINTOMAS EN EL PASADO								
	IDTPI							
	Pasado Intenso				Sin Pasado Intenso			
<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>de</i>		<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>de</i>	<i>Valor p</i>
IED (puntos)	16	117.43	30.1		29	136.75	24.25	0.011
Edad (años)	16	43.43	14.71		29	41.68	13.9	0.34
Tiempo de finado (meses)	16	8.84	8.44		29	11.03	7.37	0.18

Por sintomatología actual (duelo agudo) se observó que los más jóvenes (27.5 años) refirieron mayor sintomatología actual intensa que los mayores (43 años), con tendencia a la significancia estadística ($p=0.06$). (Tabla VII)

TABLA VII							
ANALISIS DE PUNTUACION DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON INTENSIDAD DE SINTOMAS ACTUALES							
Variable	IDTAI						
	Actual Intenso			Sin Actual Intenso			Valor p
	n.	Media	de	n.	Media	de	
IED (puntos)	2	130.5	12.02	43	129.86	28.35	0.48
Edad (años)	2	27.5	0.70	43	43	14	0.06
Tiempo de finado (meses)	2	12	0	43	10.1	7.92	0.37

La puntuación de IED fue alta en los pacientes con sintomatología actual y pasada intensa (duelo prolongado) (137.2) en comparación con los que no presentaron esta sintomatología (118), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.014$). (Tabla VIII)

TABLA VIII							
ANALISIS DE PUNTUACION DE IED, EDAD Y TIEMPO DE FAMILIAR FINADO CON SINTOMATOLOGIA DE IDT							
Variable	IDTPAI						
	Pasado y actual intenso			Sin Pasado ni actual intenso			Valor p
	n.	Media	de	n.	Media	de	
IED (puntos)	27	137.22	25	18	118.8	28.74	0.014
Edad (años)	27	42.74	13.84	18	41.66	14.74	0.40
Tiempo de finado (meses)	27	10.96	7.65	18	9.19	7.99	0.22

Se calcularon razones de momios para evaluar la posibilidad de presentar duelo complicado dada la presencia de TDM, T. de Ansiedad, No tener algún diagnóstico psiquiátrico, IDTPI (duelo resuelto), IDTAI (duelo agudo) y IDTPAI (duelo prolongado), las cuales pueden observarse en el (Tabla IX).

Encontramos un OR de 13.75 (IC95% 2.22-84.9) ($p<0.001$) para TDM, es decir, al presentar trastorno depresivo mayor la posibilidad de presentar duelo complicado aumenta 13.75 veces con una correlación de Spearman de $r_s=0.55$ ($p<0.001$). (Tabla IX)

De igual forma para Trastornos de Ansiedad se reportó un OR=5.68 (IC95%0.96-33.36) ($p<0.001$), que refiere que el presentar trastornos de ansiedad aumenta la posibilidad de presentar un duelo complicado en 5.68 veces, $r_s=0.32$ ($p=0.02$). (Tabla IX)

Los pacientes que reportaron únicamente sintomatología intensa en el pasado pero que no presentó sintomatología actual tienen menor probabilidad de desarrollar Duelo complicado con un OR=0.053 (IC95%=0.007-0.38)(p<0.001), al realizar la correlación de Spearman se encontró una correlación negativa de $r_s=-0.61$ (p<0.001), todo esto indica un efecto protector de desarrollar duelo complicado, es decir, los pacientes resolvieron su duelo y no presentan sintomatología actualmente. (Tabla IX)

Sin embargo existe una mayor probabilidad de desarrollar Duelo complicado si existieron síntomas pasados y actuales intensos (duelo prolongado) [OR=11.5 (IC95%=2.05-64.47)(p=<0.001)], $\rho=0.53$ (p<0.001). (Tabla IX)

TABLA IX								
RAZON DE MOMIOS DE PRESENTAR DUELO COMPLICADO POR DEPRESION MAYOR, ANSIEDAD, DX, E INTENSIDAD Y MOMENTO DE SINTOMAS								
Variable	IDCR				p=	OR	IC95%	
	Duelo Complicado		Sin Duelo Complicado					
	n.	%	n.	%				
TDM	25	86.21	5	31.25	<0.001	13.75	2.22-84.9	
T. Ansiedad	13	44.83	2	12.5	0.02	5.68	0.96-33.36	
Sin Dx	1	3.45	8	50	<0.001	0.035	0.002-0.53	
IDT								
IDTPI	4	13.79	12	75	<0.001	0.053	0.007-0.38	
IDTAI	2	6.9	0	0	ns	-	-	
IDTPAI	23	79.31	4	25	<0.001	11.5	2.05-64.47	

TDM= Trastorno Depresivo Mayor
 IDT= Inventario de Duelo de Texas
 IDTPI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos en el Pasado
 IDTAI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos Actuales
 IDTPAI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos en el Pasado y Actuales

Los pacientes que reportaron únicamente sintomatología intensa en el pasado pero que no presentó sintomatología actual tienen menor probabilidad de desarrollar Duelo complicado con un OR=0.053 (IC95%=0.007-0.38)(p<0.001), al realizar la correlación de Spearman se encontró una correlación negativa de $r_s=-0.61$ (p<0.001), todo esto indica un efecto protector de desarrollar duelo complicado, es decir, los pacientes resolvieron su duelo y no presentan sintomatología actualmente. (Tabla IX)

Sin embargo existe una mayor probabilidad de desarrollar Duelo complicado si existieron síntomas pasados y actuales intensos (duelo prolongado) [OR=11.5 (IC95%=2.05-64.47)(p<0.001)], $\rho=0.53$ (p<0.001). (Tabla IX)

TABLA IX								
RAZON DE MOMIOS DE PRESENTAR DUELO COMPLICADO POR DEPRESION MAYOR, ANSIEDAD, DX, E INTENSIDAD Y MOMENTO DE SINTOMAS								
Variable	IDCR				p=	OR	IC95%	
	Duelo Complicado		Sin Duelo Complicado					
	n.	%	n.	%				
TDM	25	86.21	5	31.25	<0.001	13.75	2.22-84.9	
T. Ansiedad	13	44.83	2	12.5	0.02	5.68	0.96-33.36	
Sin Dx	1	3.45	8	50	<0.001	0.035	0.002-0.53	
IDT								
IDTPI	4	13.79	12	75	<0.001	0.053	0.007-0.38	
IDTAI	2	6.9	0	0	ns	-	-	
IDTPAI	23	79.31	4	25	<0.001	11.5	2.05-64.47	

TDM= Trastorno Depresivo Mayor
 IDT= Inventario de Duelo de Texas
 IDTPI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos en el Pasado
 IDTAI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos Actuales
 IDTPAI= Inventario de Duelo de Texas con Síntomas intensos en el Pasado y Actuales

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Llama la atención que en nuestro estudio predominó la demanda de consulta de pacientes menores de 60 años (90%) y la ausencia de demanda de atención de pacientes mayores 65 años ya que en nuestro estudio representó solo el 5%, pese a que cabría esperar un mayor número de pérdidas es este grupo de edad, sería interesante confirmar si esa ausencia de derivaciones guarda relación con un mejor ajuste a las pérdidas o con una desatención en las personas de la tercera edad. La edad no jugó un papel importante en la presentación de duelo complicado o una diferencia en la sintomatología. Se realizó un corte estadístico por la mediana de la población en 41 años no encontrando diferencias significativas por grupos de edad.

El estado civil y la ocupación del solicitante de la atención no mostraron un comportamiento en la presentación de sintomatología o en la existencia de duelo complicado

La mayor demanda de mujeres en los procesos de duelo es coincidente con todos los hallazgos de la literatura y oscila entre el 60 al 80% en literatura anglosajona cuando incluyen todo tipo de parentesco (49) y hasta el 95% de mujeres en el estudios Europeos.

El criterio cronológico es el que se emplea con más frecuencia para diferenciar el duelo normal del complicado como las preocupaciones y pensamientos sobre la muerte y el fallecido o la dificultad para aceptar la muerte, son normales si se expresan poco tiempo después de la pérdida, pero son indicios de complicación si persisten por un tiempo prolongado. (26, 43) En nuestro estudio se encontró que cerca del 50% de los pacientes demandaron la atención clínica 8 meses posteriores al evento estresante, el resto tendió a demandar atención de forma más prolongada llegando hasta 24 meses.

Se considera duelo complicado a la presencia de síntomas relacionados con el duelo un tiempo superior al que se considera adaptativo, tiempo aún en discusión, algunos autores consideran que es entre 4 a 6 meses, otros desde un año a un año y medio. Lo cierto es que hay individuos que requieren más tiempo para adaptarse a la pérdida y no es posible aplicar un límite cronológico estricto (37,56). En nuestro estudio el tiempo que transcurrió en los pacientes que presentaron duelo complicado estuvo en un rango de 0.5 meses a 24 meses con una media de 11.57 (de=7.77) y un 25% de estos pacientes acudieron a pedir atención posterior a 15 meses del fallecimiento, en comparación con los que presentaron duelo normal siendo su rango de 1 mes a 24 meses con una media de 7.8 (de=7.37) siendo que un 25% de estos pacientes acudieron 12 meses posteriores al fallecimiento.

En este trabajo se incluyeron varios tipos de parentesco (Tabla II), por lo que el rango obtenido es muy amplio. No se encontró significancia estadística, esto muy probable secundario a que la muestra es pequeña, pero cabe señalar que en un 20% de los solicitantes de la atención la persona fallecida fue un hijo, siendo esto importante ya que en la literatura se menciona que una de las pérdidas más difíciles de elaborar es la muerte de un hijo. Aunque se han estudiado poco las reacciones al duelo de los padres que pierden a su hijo tras enfermedad, Shear afirma que la muerte de un niño produce, depresión y perturbación mental que persistirá durante años y que muchos padres tendrán dificultades en adaptarse a la pérdida. (46) También es sabido que la pérdida de la pareja es la relación más estudiada de la literatura (39,50) y es la pérdida considerada por la mayoría de los autores como la más traumática de todas porque a la pérdida de la relación se le suman otras muchas pérdidas (de estatus, de rol, económico etc). Aunque en este estudio las personas que solicitaron la atención por muerte de la pareja representó a un 15.56%. En los estudios clásicos de Bowlby y Parkes (39,50,35), el riesgo de síntomas psiquiátricos en mujeres que perdían a sus maridos era 7 veces superior a lo esperado, mientras en varones la pérdida de la esposa aumentaba 4 veces más el riesgo para ese grupo de edad (1,2). No existen apenas trabajos prospectivos que confirmen o no estas afirmaciones. (Tabla II)

Las repercusiones tras pérdida de una figura parental no están nada claras. Para Horowitz, esta pérdida provocó más síntomas cuando fue inesperada, siendo más estresante la pérdida de la madre que la del padre (51). En los estudios de Parkes, la pérdida del padre fue el segundo motivo de consulta, aunque el riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos sólo fue ligeramente superior a lo esperado (50). Hay autores que estudiaron las repercusiones de la pérdida de una madre anciana en una hija adulta disintiendo que ésta sea una muerte bien tolerada (52).

Otro factor a tener en cuenta son las circunstancias de la muerte. Es decir, no es lo mismo una muerte considerada natural, debida a una enfermedad más o menos esperada que, una muerte producida por causas no naturales como pudieron ser las muertes por accidente de tráfico, accidente laboral, suicidio o asesinato. Especialmente, estas dos últimas formas de muerte son muy traumáticas y difíciles de superar para el superviviente (28, 29). En un estudio reciente sobre 87 personas que habían perdido a sus parejas, la muerte violenta produjo significativamente síntomas de depresión persistente que la muerte por causas naturales (53). En este estudio se catalogo al tipo de muerte como inesperada (ejemplo, accidentes en su mayor proporción, asesinatos en cuatro casos, etc.) y esperada (ejemplo, enfermedades crónicas degenerativas: como cáncer, IRC) predominó la muerte inesperada en 35 ocasiones (77.78%) y 10 de tipo esperado (22.22%), no mostrando significancia estadística para la presencia de duelo complicado. Al igual que Zisook quien si bien encontró que esos pacientes presentaban un mayor estrés inicial, no evolucionaban con mayor frecuencia hacia un duelo complicado (35). Kaltman tampoco encontró que la muerte súbita aumentara los síntomas de depresión persistente en parejas (53). Sin embargo, el factor de muerte repentina sí produjo un duelo más prolongado en madres que perdieron a sus hijos en la infancia (54).

El pequeño tamaño de la muestra no nos permite apuntar conclusiones definitivas acerca de la influencia de los rasgos de personalidad en el desarrollo posterior de un duelo complicado. Raphael y Middleton (55) sugieren que el trastorno de personalidad por dependencia de las modernas clasificaciones DSM IV TR (1) recuerdan a la descripción de Bowlby de apego ansioso. Así mismo, la personalidad evitativa que incluye sensibilidad al rechazo, necesidad de aprobación y aislamiento social (similar a la separación defensiva) se acompaña también de más duelos complicados. Jacobs (56) afirma que no hay suficientes evidencias en la literatura dado los escasos resultados obtenidos de que las características de personalidad que se han asociado a duelo complicado sean preexistentes. Según este autor, podrían ser otra dimensión de respuesta a una experiencia adversa. Coincido con Jacobs (56) en el hecho de que aunque intuitivamente cabe esperar que la personalidad pueda influir en la evolución del duelo junto con otras variables externas, los resultados obtenidos en este estudio deben considerarse inespecíficos.

En comparación con los individuos en situación de duelo pero sin depresión, las personas con depresión relacionada con duelo presentaron ideas suicidas más intensas, sentimientos de inutilidad y alteraciones

psicomotoras, lo que sugiere que estos síntomas no son manifestaciones frecuentes de la fase inicial del duelo normal. (35)

Nuestros resultados muestran que la escala IDCR identificó correctamente los pacientes con Duelo complicado, ya que identificó una mayor proporción de TDM en este grupo (Tabla III). El diagnóstico del episodio de depresión mayor puede ofrecer dificultades, especialmente al poco tiempo del fallecimiento del ser querido, dado que muchos síntomas del duelo normal muestran solapamiento con los que se observan en el episodio de depresión mayor. Hensley (57) Reportó que un mes posterior al muerte de un ser querido el 40% de los dolientes cumple criterios para un TDM (DSM IV TR) y que posterior al año de la pérdida hasta en un 15% de los dolientes han sido diagnosticadas con un TDM. Kim K, Jacobs S (58) reportaron que en el duelo complicado los trastornos de ansiedad y trastorno depresivo fueron diagnosticados en un 64% en 25 personas posterior al fallecimiento de sus parejas. Además encontraron que el TDM y el duelo complicado se asociaron con una significancia estadística ($p < 0.01$). En nuestro estudio al analizar la presencia de duelo complicado por medio del IDCR con el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se encontró una proporción de 86.21% de sujetos con TDM y duelo complicado y 31.25% con duelo normal; de los sujetos sin TDM presentaron 68.75% duelo normal y 13.79%, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.001$) (Tabla I, III, IX). En nuestro estudio el duelo complicado y Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se encontró una proporción de 86.21% de sujetos con TDM siendo estadísticamente significativa ($p = 0.001$).

Al analizar la edad de los sujetos que tuvieron síntomas intensos actuales, encontramos que la media de edad con sintomatología intensa actualmente fue de 27.5 (DE= 0.70), en comparación con los sujetos sin sintomatología actual intensa (43 años [DE=14]) ($p = 0.06$). Esto puede deberse a que los sujetos jóvenes no han sufrido tantas pérdidas y no han pasado por tantos procesos de duelo en comparación con los sujetos mayores en edad.

Al analizar la puntuación del IED por presencia de duelo complicado, se encontró una media de 132.75 (de=24.11) similar al duelo normal con una media de 124.68 (de=33.62), sin diferencia estadísticamente significativa. Esto puede deberse a que el IED valora las experiencias de Duelo, pero no su severidad o intensidad, por lo que es esperable que en ambos grupos se presenten, pero describe las experiencias que se viven en un duelo y por ello lo complejo del diagnóstico diferencial.

El proceso de duelo hecho al que se le presta poca importancia entre los clínicos, pese al conocimiento de que causa importante dolor, distorsión más o menos transitoria de las capacidades sociales, laborales y de la vida cotidiana, y que actúa en un número de casos como desencadenante de enfermedad mental o física. Es importante concienciar a los profesionales de la salud sobre el problema, así como realizar estudios de seguimiento que nos permitan identificar grupos de riesgo, y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces en personas que lo precisen.

Referencias

1. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001.
2. García-García J, et al. Fiabilidad y validez del Inventario de Experiencias en Duelo (IED). En: Proceedings del II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 6-9 Mayo 1998; Santander, España; 1998. p. 342.
3. Cabodevilla. I. Las reacciones de duelo, en Die, M. Psicooncología, Ades ediciones, Madrid 2003, 647-657.
4. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds III CF, Maciejewski PK, Davidson JRT et al.: Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. Br J Psychiatry 1999; 174: 67-73
5. Prigerson HG, Jacobs SC. Traumatic Grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and empirical test. Washington DC: American Psychological Association; 2001. p 613-48.
6. Prigerson HG, Jacobs SC.: Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". JAMA 2001; 286: 1369-76.
7. Cabodevilla, Las pérdidas y sus duelos An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3 pags 163-176
8. Prigerson, H. G., Frank et al. Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Research, 1995. 29, 65-79.
9. Hogan, N. S., Worden, J. W., & Schmidt, L. A.). An empirical study of the proposed Complicated Grief Disorder Criteria. Omega, 2004 48, 263-277.
10. Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonnano, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. American Journal of Psychiatry, 154, 904-910.
11. Sanders CM. Risk factors in bereavement outcome. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds, Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 1999; 255-267.
12. Carol H. Ott, The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process, Death Studies, 27: 249-272, 2003
13. Simon Forstmeier, Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief, Journal of Affective Disorders 99 (2007) 203-211.
14. Alexis Tomarken, Jimmie Holland, Sherry Schachter, Lauren Vanderwerker, Enid Zuckerman, Christian Nelson, Elliot Coups, Paul Michael Ramirez, and Holly Prigerson. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. Psychooncology. 2008 February ; 17(2): 105-111.
15. William E. Piper, Ph.D. Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. Psychiatric services, August 2001 Vol. 52 No. 8. 1069- 1074.

16. Latham, A. E, Prigerson, H. G. Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004, 34, 350-362.
17. Paul K. Maciejewski, PhD. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*. 2007;297:716-723
18. Altet Torné, J. y Boatas Enjuanes, F. Reacciones de duelo. *Revista Informaciones Psiquiátricas*. nº 159. 2000
19. Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Revista ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 25, Suplemento 3.
20. Klein, M.. El duelo y su reacción con los estados Maníaco Depresivos. *Obras completas*. 2006 Tomo I. Editorial Paidós.
21. Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
22. García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. Adaptación a nuestro medio del Inventario Texas Revisado de duelo. *Actas del I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*; 1995 diciembre; Barcelona
23. García-García JA, et al. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria* 2005; 35(7): 353-358
24. Raphael B, et al. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001; 587-612
25. Ellis-Fletcher, S. (2002). Cultural implications in the management of grief and loss. *Journal of Cultural Diversity*, 9(3), 86-90.
26. Stroebe M, van Son M, et al.. On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychological Review*, 2000, 20(1);57-75.
27. Weiss R. Grief, bonds, and relationships. In Stroebe, M et al. eds., *Handbook of bereavement: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. 47-62.
28. Tizón García J. et al. El duelo y las experiencias de pérdida, J. L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 2004: 519-540.
29. Gil-Juliá B, et al. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 103-116.
30. Barreto P, et al Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 2-3, 2008, pp. 383-400
31. Pérez P et al. Trauma, culpa y duelo. Ed. Desclée de Brouwer, 2006 pp 604.
32. Freud S. *Duelo y Melancolía*. *Obras Completas*, vol XIV. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973; p. 235- 255

33. Pérez Sales P, et al. Duelo: una perspectiva transcultural. *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (3).
34. Pazos Pezzi P, et al. Aspectos del duelo en la literatura. *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (3)
35. Zisook S, et al. Validez del duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de episodio de depresión mayor *World Psychiatry* 2007; 6:102-107
36. Prigerson H, et al A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V, *OMEGA*, Vol. 52(1) 9-19, 2005-2006
37. O Connor N. Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo 2da Edición Ed. Trillas 2007 pp. 190.
38. Kübler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos, Barcelona, Grijalvo, 1969.
39. Bowlby J. El Apego y la Pérdida: El Apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1998.
40. Engel, G. "Grief and Grieving", *American Journal of Nursing*, 1964, 64:93-98.
41. Lindemann E. "Symptomatology and management of acute grief". *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101:141-148.
42. Rando, T. A. "An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer". *Journal of Pediatric Psychology*, 1983, 8:3-20
43. Franco Fernández, M.D. y Antequera Jurado, R. 2002): El duelo. En: *Psiquiatría Geriátrica* (L. Agüera Ortiz; M. Martín Carrasco y J. Cervilla Ballesteros. Ed.MASSON, Barcelona.
44. Cabodevilla I, et al. Las pérdidas y sus duelos, *An.Sanit.Navar.*2007; 30, supl. 3: 163-176.
45. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Un Viaje dentro de la vida. Paulinas, Aran ediciones, Madrid 1998.
46. Shear K, Shair H. Attachment, Loss and Complicated Grief. *Dev. Psychobiol.* 2005; 47: 253-267.
47. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 52nd WMA General Assembly. Edimburg, Scotland; 2000.
48. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México D.F; 2007
49. Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la salud. Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. México D.F; 1987.
50. Parkes CM. Bereavement. Studies of grief in adult life. 3^a ed. London. & New York: Roulledge ;1996.
51. Horowitz MJ, Weiss DS, Kaltreider N, Krupnick J, Marmar CH, Wilner N et al. Reactions to the death of a parent. Results from patients and field subjects. *J Nerv Ment Dis* 1984;172(7):383-92.
52. Moss MS, Moss SZ, Rubinstein R, Resch N. Impact of elderly mother's death on middle age daughters. *Int J Aging Hum Dev* 1993;37(1):1-22.
53. Kaltman S, Bonnano GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord* 2003;17(2):131-47

- 54.** Seecharan GA, Andresen EM, Norris K, Toce SS. Parent's assessment of quality of care and grief following a child's death. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004 Jun;158(6):590-1.
- 55.** Raphael B, Middleton W. What is Pathologic Grief? *Psychiatric Annals* 1990;20:304-7
- 56.** Jacobs S. *Pathologic Grief. Maladaptation to Loss.* American Psychiatric Press, Inc. London, England 1993
- 57.** Hensley P.L, Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief *Journal of Affective Disorders* 92 (2006) 117–124.
- 58.** Kim K, Jacobs S. Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 21 (1991) 257-263

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, el (la) paciente _____, acepta participar de forma voluntaria, anónima y sin presión de algún tipo, en el protocolo de investigación "Prevalencia del proceso de duelo normal y complicado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en el 2009" que se realiza en este instituto, a cargo del Dra. Mariana Zendejas Villalpando.

Este estudio tiene el objetivo evaluar la Prevalencia del proceso de duelo normal y complicado con el fin de desarrollar estrategias de diagnóstico y tratamiento específicas.

Durante el estudio, se aplicaran tanto diferentes escalas y cuestionarios para así determinar las características en nuestra población del proceso de duelo. Mediante dos entrevistas con un intervalo de 15 días entre cada una sin que esto genere ningún costo al paciente. Además que se dará una cita 6 meses posteriores a la evaluación inicial.

Todo paciente que acepte ingresar al protocolo de investigación pero que no sea aceptado como paciente del INPRF por no cumplir criterios de algún padecimiento psiquiátrico en eje 1 según el DSMIV se enviara a CECOSAM, esta información se le comentará antes de otorgar el consentimiento informado.

Se le proporcionará información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando

El paciente tendrá respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y su tratamiento.

El paciente podrá renunciar en cualquier momento, si así lo desea, sin que esto afecte su tratamiento o el trato que recibe por parte del personal que labora en esta institución. Este documento se le dirá verbalmente al paciente cuando se le invite a participar en el estudio.

Firma del paciente

Fecha

Firma de un familiar o testigo

Firma de un familiar o testigo

Firma del investigador principal

Para cualquier aclaración puede comunicarse con la Dra. Mariana Zendejas Villalpando al TEL 0445529369599 o al correo electrónico zendejasmzv@hotmail.com

Inventario de duelo complicado revisado (IDC- R)

Por favor, marque con una cruz las respuestas que mejor describan cómo se ha sentido durante el último mes.

Los espacios en blanco y subrayados son para poner en nombre de la persona fallecida

Por ejemplo en: Veo a _____ como si estuviera delante; si la persona fallecida se llamara Juan entonces: Veo a Juan como si estuviera delante.

En el cuestionario hay principalmente 2 tipos de respuestas:

1) Unas se refieren a la frecuencia con que aparecen los sentimientos, emociones.

- casi nunca 1 = menos de una vez al mes o nunca

- Pocas veces 2= una vez al mes o más, pero menos que una vez a la semana

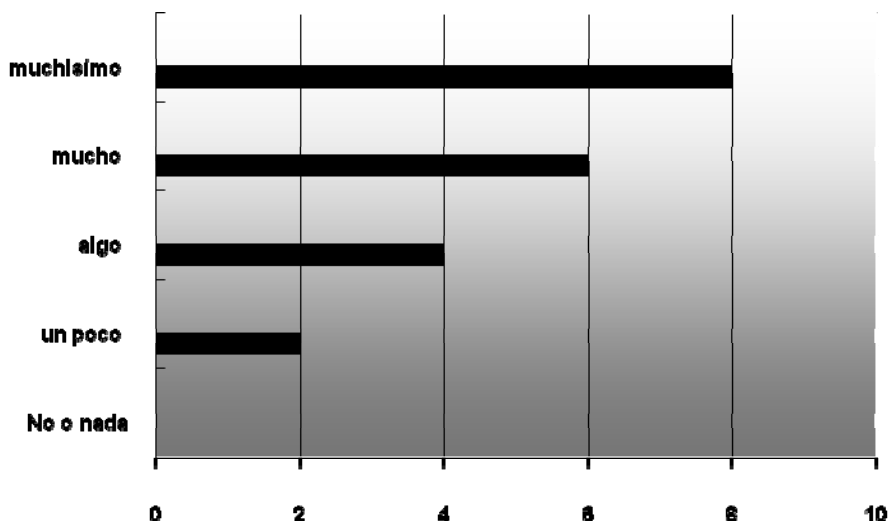
- algunas veces 3= una vez a la semana o más, pero menos que una vez al día

- Muchas veces 4= una vez cada día

- Siempre 5= varias veces al día

2) Y otras que se refieren a la intensidad de aparición:

Intensidad de aparición de síntomas



1.- la muerte de _____ hace que me sienta abatido/a o destrozado/a

- | | | |
|---------------|---|--------------------------|
| Casi nunca | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Pocas veces | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Algunas veces | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Muchas veces | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Siempre | 5 | <input type="checkbox"/> |

2.- Pienso tanto en _____ que a veces me resulta difícil hacer las cosas que hago normalmente

- | | | |
|---------------|---|--------------------------|
| Casi nunca | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Pocas veces | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Algunas veces | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Muchas veces | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Siempre | 5 | <input type="checkbox"/> |

3.- Los recuerdos de _____ me afectan y me trastornan

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

4.- Siento que me cuesta aceptar su muerte

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

5.- Me doy cuenta que deseo con todas mis fuerzas que _____ éste conmigo y que recordar su ausencia me provoca una enorme y profunda tristeza.

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

6.- Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con_____.

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

7.- No puedo evitar sentirme enfadado/a por la muerte de _____

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

8.- Siento que no puedo creer que _____ esté muerto/a

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

9.- Me siento como “atontado/a”. Aturdido/a o conmocionado/a por la muerte de _____.

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

10.- Tras la muerte de _____ me es difícil confiar en la gente.

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

11.- Tras la muerte de _____ es como si hubiera perdido el interés por los demás o me sintiera distante de la gente que me importa.

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

12.- tengo los mismos dolores que _____ o alguno de sus síntomas, o a veces mi forma de ser se parece en algo a la suya o me comporto él/ella lo hacía.

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

13.- ¿ piensa usted que antes de la muerte de _____ solía hacer cosas que ahora no hace, o solía ver personas que ahora no ve

- si
- no

13 a. – en caso de haber contestado que SI a la pregunta anterior ¿Cuánto le afecta no hacer esas cosas o no ver a esas personas?

- Nada 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

14.- Hago lo posible por evitar todo aquello que hace que me acuerde de él/ ella (cosas, personas, lugares)

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

15.- Hago lo posible por evitar todo lo que me recuerda que _____ está muerto/a

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

16.- A veces, las personas que han perdido a un ser querido se sienten mal por seguir adelante con su vida ¿Es difícil para usted seguir adelante con su vida, por ejemplo: hacer nuevos amigos o interesarse por cosas nuevas?

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

17.- Sin _____ siento que mi vida está vacía o que no tiene sentido

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4

Muchísimo 5

18.- Oigo la voz de _____ que me habla.

Casi nunca 1
Pocas veces 2
Algunas veces 3
Muchas veces 4
Siempre 5

19.- Veo a _____ como si le/la Tuviera delante

Casi nunca 1
Pocas veces 2
Algunas veces 3
Muchas veces 4
Siempre 5

20.- Siento que tras la muerte de _____ me he hecho más frío/a e insensible.

No 1
Un poco 2
Algo 3
Muchas 4
Muchísimo 5

21.- Creo es injusto que yo siga vivo/a estando _____ muerto/a y me siento culpable por ello.

No 1
Un poco 2
Algo 3
Muchas 4
Muchísimo 5

22.- Estoy Amargado/a por la muerte de _____

No 1
Un poco 2
Algo 3
Muchas 4
Muchísimo 5

23.- siento envidia de la gente que no ha perdido un ser querido

Casi nunca 1
Pocas veces 2
Algunas veces 3
Muchas veces 4
Siempre 5

24.- Sin _____ es como si el futuro no tuviera ningún sentido, o como si fuera inútil.

No 1
Un poco 2
Algo 3
Muchas 4
Muchísimo 5

25.- Tras la muerte de _____ me siento solo/a

Casi nunca 1
Pocas veces 2
Algunas veces 3
Muchas veces 4
Siempre 5

26.- Me siento incapaz de imaginar una vida plena sin _____

Casi nunca 1

- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

27.- Siento que una parte de mi se ha muerto con él/ ella

- Casi nunca 1
- Pocas veces 2
- Algunas veces 3
- Muchas veces 4
- Siempre 5

28.- Siento que su muerte ha cambiado mi manera de ver el mundo

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

29.- He perdido la sensación de seguridad, o de estar a salvo, que tenía antes de la muerte de _____

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

30.- He perdido la sensación de control que tenía antes de la muerte de _____

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

31 Creo que, como consecuencia de mi dolor, se ha deteriorado de manera importante mis relaciones sociales, mi trabajo u otras actividades de mi vida.

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

32.-Tras muerte me he sentido nervioso/nerviosa, irritable o asustadizo/a

- No 1
- Un poco 2
- Algo 3
- Muchas 4
- Muchísimo 5

33.- Tras su muerte he dormido

- Bien 1
- Un poco mal 2
- Algo mal 3
- Muy mal 4
- Fatal 5

34.- En general, estos sentimientos de los que hemos estado hablando ¿ aparecieron nada más al morirse él/ella

- si
- no

35.- y ¿cuánto tiempo lleva notándolos?

Llevo notándolos desde hace _____ meses.

36.- ¿En algún momento, estos sentimientos han desaparecido.... Y después de un tiempo han aparecido otra vez ?

- si
- no

37.- Finalmente ¿puede describir cómo han ido cambiando, estos sentimientos, desde la muerte de _____ hasta ahora?

Inventario Texas de duelo (ITD)

Parte 1: comportamiento en el pasado

Por favor, sitúese mentalmente en le época en que la persona murió y responda a las siguientes preguntas sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo. Indique se cada una de la estas frases es completamente verdadera, verdadera en su mayor parte, ni verdadera ni falsa, falsa en su mayor parte o completamente falsa.

- 1.- Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas
- 2.- Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo
- 3.- Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de la casa
- 4.- Tenía la necesidad de hacer cosas que él/ ella había querido hacer
- 5.- Después de su muerte estaba más irritable de lo normal
- 6.- En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales.
- 7.- Me sentía furioso/a porque me había abandonado
- 8.- tras su muerte me costaba trabajo dormir

Pregunta	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte de tiempo	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte del tiempo	Completamente falsa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Parte 2: sentimientos actuales

Por favor, responda a las siguientes frases indicando que siente en la actualidad sobre el fallecido. Por favor NO consulte la primera parte.

- 1.- Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella
- 2.- todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella
- 3.- No puedo aceptar su muerte
- 4.- A veces la e le echo mucho de menos
- 5.- Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo
- 6.- A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella
- 7.- lloro a escondidas cuándo pienso en él/ella
- 8.- Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida
- 9.- No puedo dejar de pensar en él/ella
- 10.- Creo que no es justo que haya muerto
- 11.- Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le
- 12.- Soy incapaz de aceptar su muerte
- 13.- A veces me invade la necesidad de que él/ ella éste conmigo.

Pregunta	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte de tiempo	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte del tiempo	Completamente falsa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

INVENTARIO DE EXPERIENCIAS DE DUELO

INSTRUCCIONES:

- *Este cuestionario tiene que ver con lo que se siente cuando muere un ser querido*
- *Las frases incluidas en el mismo representan pensamientos y sentimientos comúnmente expresadas por las personas que han perdido un pariente o un amigo íntimo.*
- *Por favor, lea atentamente cada frase y a continuación intente determinar si coincide o no con lo que usted experimentó o experimenta en la actualidad*
- *Si en lo que a usted se refiere la frase es verdadera – o verdadera en su mayor parte- rodee con un círculo la V de “verdadero”*
- *Si en lo que a usted se refiere la frase es falsa – o falsa en su mayor parte- rodee con un círculo la F de “falso”*
- *Si la frase no es aplicable a su caso, déjela en blanco.*

- | | | |
|--|---|---|
| 1.- Inmediatamente después de la muerte me sentí agotado/a..... | V | F |
| 2.- Tiende a estar más irritable que los demás..... | V | F |
| 3.- Estoy obsesionado/a con su imagen..... | V | F |
| 4.- Con frecuencia me siento enfadado/a..... | V | F |
| 5.- Sigo manteniendo relaciones sociales con mis amistades sin dificultades..... | V | F |
| 6.- Siento pesadez en los brazos y en las piernas..... | V | F |
| 7.- Me fijo más de lo normal en todas las cosas relacionadas con la muerte..... | V | F |
| 8.- Me parece que se podría haber hecho más por él/ella..... | V | F |
| 9.- Mostré poco mis emociones en el funeral | V | F |
| 10.- Después del fallecimiento sentí una gran necesidad de mantener el ánimo de los demás..... | V | F |
| 11.- Me siento apartado/a y aislado/a..... | V | F |
| 12.- Rara vez tomo aspirinas..... | V | F |
| 13.- tengo pocas ganas de asistir a reuniones sociales..... | V | F |
| 14.- Cuando me comunicaron la muerte no pude llorar..... | V | F |
| 15.- Me siento culpable porque yo estoy vivo/a y él/ella no..... | V | F |
| 16.- tengo mas necesidad de estar cerca do oras personas..... | V | F |
| 17.- a menudo me siento confuso/a..... | V | F |
| 18.- Me siento perdido/a y desamparado/a..... | V | F |
| 19.- Me consuela pensar en él/ella está en el cielo..... | V | F |
| 20.- Desde su muerte he tenido frecuentes dolores de cabeza..... | V | F |

21.- Me resultó difícil deshacerme de su ropa y del resto de sus cosas.....	V	F			
22.- Después de su muerte necesité tomar pastillas para dormir.....	V	F			
23.- La/le hecho tanto en la falta que a veces siento un dolor en el pecho.....	V	F			
24.- Lloro con facilidad.....	V	F			
25.- Desde que murió tomo tranquilizantes.....	V	F			
26.- tengo la boca y la garganta secas	V	F			
27.- Me siento intranquilo/a.....	V	F			
28.- Al enterarme de su muerte me quedé como un tonto/a.....	V	F			
29.- me resulta difícil concentrarme.....	V	F			
30.- Siento que ya nada me interesa.....	V	F			
31.- Cuando murió tuve la sensación de que “algo se murió dentro de mí”.....	V	F			
32.- tengo “ achaques”	V	F			
33.- Noto que me enfado a menudo con los demás.....	V	F			
34.- No pude llorar hasta después del funeral.....	V	F			
35.- siento que, de alguna manera, he podido contribuir a su muerte.....	V	F			
36.- Me sorprende a mí mismo/a haciendo cosas parecidas a las que él/ella hacía.....	V	F			
37.- Yo me encargue de los preparativos del funeral.....	V	F			
38.- Me faltan fuerzas para disfrutar con el ejercicio físico.....	V	F			
39.- Pocas veces me siento ilusionado/a.....	V	F			
40.- Creo que el sufrimiento me ha envejecido.....	V	F			
41.- Nunca he soñado con él/ella como si todavía estuviera vivo.....	V	F			
42.- Con frecuencia me pregunto “¿por qué tuvo que morir de esa manera?”.....	V	F			
43.- A veces me cuesta creer que esté muerto/a de verdad.....	V	F			
44.- Tengo muchas ganas de terminar algunas cosas que él/ella empezó o terminó.....	V	F			
45.- Muchas veces he soñado con momentos en los que él/ella estaba muerto/a.....	V	F			
46.- A menudo estoy de mal humor.....	V	F			
47.- He tenido sueños en los que él/ella estaba muerto/a.....	V	F			
48.-Me siento tremendamente ansioso/a e intranquilo/a.....	V	F			
49.-siento tensión en el cuello y en los hombros.....	V	F			
50.-a veces siento muchas ganas de gritar	V	F			
51.- Estoy tan ocupado/a que casi no tengo tiempo de llorar su muerte.....	V	F			
52.- Estoy enfadado/a con Dios.....	V	F			
53. Cuando me entran ganas de llorar siento el deseo de encogerme como un ovillo.....	V	F			
54.- Siento necesidad de pasar mucho tiempo a solas	V	F			
55.- No suelo pensar en mi propia muerte.....	V	F			
56.- Me resulta difícil llorar.....	V	F			
57.- Me resulta demasiado doloroso mirar sus fotografías.....	V	F			
58.-Para mí la vida no tiene sentido	V	F			
59.- No tengo problemas digestivos.....	V	F			
60.- He pasado por momentos en que realmente me sentía enfadado/a porque me hubiera abandonado.....	V	F			
61.- No tengo problemas para dormir desde su fallecimiento.....	V	F			
62.- tengo buen apetito.....	V	F			
63.- Me siento sano/a.....	V	F			
64.- Me consuela hablar con otras personas que han sufrido una pérdida parecida.....	V	F			
65.- La/le hecho mucho de menos.....	V	F			
66.- Rara vez me siento deprimido/a.....	V	F			
67.- Tengo la sensación de que me veo pasar por la vida sin vivirla realmente.....	V	F			
68.- la vida me parece vacía y sin sentido	V	F			
69.- Hay momentos en que tengo la sensación de que él o ella está presente.....	V	F			
70.- a menudo tomo tranquilizantes.....	V	F			
71.- Tengo frecuentes cambios de humor.....	V	F			
72.- Algunas personas hacen cosas que me ofenden.....	V	F			
73.- No es fácil herir mis pensamientos.....	V	F			
74.- Estoy perdiendo peso.....	V	F			
75.- Me agobia por cualquier cosa.....	V	F			
76.- a veces me siento culpable por ser capaz de divertirme.....	V	F			
77.- Tengo diarreas con frecuencia.....	V	F			
78.- a menudo desearía haber muerto en su lugar.....	V	F			
79.- He perdido el apetito.	V	F			

- 80.- A veces hablo con su foto.....V F
- 81.- No me interesa el sexo.....V F
- 82.- Algunas veces quisiera estar muerto.....V F
- 83.- Me cuesta trabajo mantener mi fe religiosa en medio de todo el dolor y el sufrimiento que me causo su muerteV F
- 84.- Es como si hubiera perdido mis energíasV F
- 85.- Me horroriza ver un cadáver en el velatorio..... V F
- 86.- Me doy cuenta de que estoy idealizando al difunto/a.....V F
- 87.- Tengo problemas de estreñimiento.....V F
- 88.- con frecuencia doy largos paseos en solitario.....V F
- 89.- Evito encontrarme con los amigos de siempre..... V F
- 90.- Siento una necesidad especial de tener a alguien con quien hablar.....V F
- 91.- a menudo siento como si tuviera un nudo en la garganta.....V F
- 92.- A veces me veo que, sin darme cuenta, le/la estoy buscando entre la gente..... V F
- 93.- me parece haber perdido la confianza en mí mismo/aV F
- 94.- Bebo mas alcohol ahora que antes que su muerte.....V F
- 95.- Cuando me anunciaron su muerte pensé: “esto no me puede estar pasando a mí” V F
- 96.- Tengo pesadillas.....V F
- 97.- Rara vez pienso en su muerte..... V F
- 98.- Nunca me ha preocupado tener una enfermedad dolorosa..... V F
- 99.- Los funerales a veces me afectan mucho..... V F
- 100.- No me sentiría incomodo/a visitando a alguien que se está muriendo..... V F
- 101.- con frecuencia me preocupa lo rápido que pasa el tiempo..... V F
- 102.- No tengo miedo al fracaso..... V F
- 103.- Me relaciono estrechamente sólo con unas pocas personas..... V F
- 104.- Me horroriza ver a una persona muerta..... V F
- 105.- Siempre sé que decirle a una persona que ha perdido a un ser querido..... V F
- 106.- A menudo pido consejo a otras personas..... V F
- 107.- No me molesta que la gente hable de muerte..... V F
- 108.- No puedo recordar ninguna ocasión que mis padres estuvieran enojados conmigo V F
- 109.-No creo que la gente sepa hoy en día comportarse ante una persona que haya perdido a un ser querido.....V F
- 110.- Nunca me emociono en los funerales.....V F
- 111.- A menudo pienso en lo corta que es la vida.....V F
- 112.- No tengo miedo a morir de cáncer.....V F
- 113.- No me importa al ir al médico a hacerme un chequeo.....V F
- 114.- Tiemblo al pensar en una guerra nuclear..... V F
- 115.- La idea de morir no me da miedoV F
- 116.- Nunca pierdo los estribos.....V F
- 117.- Siempre he estado totalmente seguro/a de que tendría éxito cuando intentara algo por primera vezV F
- 118.- No suelo ser feliz.....V F
- 119.- Creo que hay pocas cosas en el futuro ante las que pueda sentir miedo..... V F
- 120.- No recuerdo haberme sentido nunca incomodo/a en una situación social..... V F
- 121.- Me doy cuenta que ahora suspiro más que antes de que se muriera.....V F
- 122.- Pasaba mucho tiempo con él/ella antes de su muerte.....V F
- 123.- Siento que consolar a los demás me ayuda.....V F
- 124.- me siento mas unido/a a mi familia.....V F
- 125.- Creo que hice todo lo que se podía por él/ella.....V F
- 126.- Mi fe religiosa es una fuente de fuerza interior y de consuelo V F
- 127.- Ahora fumo más.....V F
- 128.- No soy una persona realista.....V F
- 129.- Paso casi toda la noche despiertoV F
- 130.- Cuando voy a la cama estoy agotado/a.....V F
- 131.- Las preocupaciones me hacen perder el sueño.....V F
- 132.- Con frecuencia me despierto a la mitad de la noche.....V F
- 133.- Duermo bien la mayoría de las noches.....V F
- 134.- Cuando me despierto ala mitad de la noche las cosas me parecen aún más negras.....V F
- 135.- Puedo dormir durante el día pero no por la noche.....V F