

doi: 10.18050/revpsi.v17n2a3.2015

# **PÉRDIDA, DEPRESIÓN Y DUELO COMPLICADO EN UNA MUESTRA MEXICANA**

**Adrián Chaurand Morales**

Instituto IPIR, México - Proyecto Duelo Por México

**Juan Antonio Zacarías Sanchez**

Universidad de Celaya, México

**Sonia Benítez-Borrego**

Universidad de Barcelona, España

**Lourdes Nuñez-Quintero**

Universidad Autónoma de Guadalajara - Proyecto Duelo Por México

**Guillem Feixas**

Universidad de Barcelona, España.

Cómo citar este artículo: Chaurand, A.; Zacarías, J.; Benítez-Borrego, S.; Nuñez-Quintero, L. & Feixas, G. (2015). Pérdida, depresión y duelo complicado en una muestra mexicana. *Revista de Psicología*, 17(2), 42-55. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a3.2015

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Adrián Chaurand Morales, e-mail: achaurandm@ub.edu. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació y Tractament Psicològic (Of. 3608). Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona (España).

## PÉRDIDA, DEPRESIÓN Y DUELO COMPLICADO EN UNA MUESTRA MEXICANA

Adrián Chaurand Morales\*  
 Juan Antonio Zacarías Sanchez\*\*  
 Sonia Benítez-Borrego\*\*\*  
 Lourdes Nuñez-Quintero\*\*\*\*  
 Guillem Feixas\*\*\*\*\*

*Instituto IPIR, México - Proyecto Duelo Por México*  
*Universidad de Celaya, México*  
*Universidad de Barcelona, España*  
*Universidad Autónoma de Guadalajara - Proyecto Duelo Por México*  
*Universidad de Barcelona, España.*

### RESUMEN

El objetivo de este estudio es explorar la manifestación de las pérdidas no superadas en una muestra de personas mexicanas que han sufrido la muerte de algún ser querido y aportar datos significativos para la comprensión del duelo complicado (DC). En una muestra de 321 participantes del centro de México que durante su vida habían sufrido al menos la pérdida de un ser querido, se administró el inventario de historia de pérdidas (IHP), se evaluó la sintomatología depresiva y la posible presencia de DC. El 12,46% de la muestra alcanzó puntuaciones de DC y el 35,2% dijo tener alguna muerte que no ha podido superar. Se aportan evidencias sobre posibles predictores para el diagnóstico de DC.

**Palabras clave:** pérdidas no superadas, duelo complicado, adaptación a la pérdida, depresión.

### LOSS, DEPRESSION AND COMPLICATED GRIEF IN A MEXICAN SAMPLE

#### ABSTRACT

The purpose of this research is to explore traces of losses considered as not overcome within a Mexican sample of bereaved people, also to contribute with significant data for the comprehension of complicated grief (CG). In a community sample of 321 participants from central Mexico who had lived at least one bereavement experience, the history of losses inventory (HLI) was administered and the presence of complicated grief and depressive symptoms were assessed. 12.46% of the sample reached CG punctuation range and 35.2% considered not having overcome at least one of their bereavement experiences. Results point out the relationship to the deceased and other variables included in the HLI as possible predictors of CG.

**Key words:** complicated grief, bereavement, adaptation to loss, history of losses, depression.

\*Correspondencia: [achaurandm@gmail.com](mailto:achaurandm@gmail.com)

\*\*Correspondencia: [jazacarias@udec.edu.mx](mailto:jazacarias@udec.edu.mx)

\*\*\*Correspondencia: [sbenitez@ub.edu](mailto:sbenitez@ub.edu)

\*\*\*\*Correspondencia: [lourdesdeparra@hotmail.com](mailto:lourdesdeparra@hotmail.com)

\*\*\*\*\*Correspondencia: [gfeixas@ub.edu](mailto:gfeixas@ub.edu)

## DEPRESSÃO E PERDA LUTO COMPLICADO EM UMA AMOSTRA MEXICANA

### RESUMO

O objetivo deste estudo é explorar a manifestação da perda insuperável em uma amostra de pessoas mexicanas que sofreram a morte de um ente querido, e fornecer dados significativos para a compreensão do luto complicado (LC). Em uma amostra de 321 participantes de México central que sofreram durante a sua vida a perda de, pelo menos, um ente querido, foi administrado o histórico de inventário de perdas (HIP) e os sintomas depressivos e a possível presença de LC foram avaliados. 12,46 % da amostra atingiu pontuações LC e 35,2 % relataram uma morte da qual não conseguiu superar. São fornecidas evidências de possíveis previsões para o diagnóstico da LC.

**Palavras-chave:** perdas excedidas, luto complicado, ajustando-se a perda, depressão.

### 1. Introducción

El significado de la muerte se define socialmente y la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto refleja la influencia del contexto social donde ocurren. De esta forma, diferentes culturas afrontan el problema de distinta manera (Caycedo, 2007; Poniatowska, 2005). No obstante la tradición del *Día de Muertos* en México, es esperable para algunos mexicanos las complicaciones que suscita el afrontar la muerte de una persona con quien les unía estrechamente un vínculo emocional y que estas complicaciones se mantengan en el tiempo y afecten su vida diaria.

Perder a un ser querido es un desafío a la forma que tiene una persona de percibirse a sí mismo y de percibir al mundo. En general, la muerte de alguien cercano crea confusión ante lo que el futuro depara, cuestiona muchas de las creencias en base a las cuales se desenvuelve un individuo en su día a día, centra el foco de atención de su devenir en el hecho de que su ser querido ya no está y provoca respuestas emocionales, cognitivas, somáticas o comportamentales entre otras, difíciles de comprender y controlar; a este conjunto de experiencias se le conoce

con el nombre de duelo. Dicho concepto es utilizado también para explicar las respuestas que se presentan ante cualquier otro tipo de pérdida o cambio relevante en la relación con algo o alguien con quien ha existido un lazo significativo (Rando et al., 2012).

El duelo aparece como un conjunto de reacciones que suelen suceder de forma pasajera y que pueden ser influenciadas por múltiples factores, por lo que es un proceso único para cada sujeto y ante cada pérdida. Algunas de las variantes que se cree que pueden estar relacionadas con la integración o no integración de la pérdida de un ser querido son, por ejemplo: el género, el tipo de relación que había con la persona fallecida, la forma en que sucedió la muerte, los tipos de afrontamiento, el estilo de vinculación, el contexto sociocultural, etc. (Barreto, Yi & Soler, 2008; Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011; Rando, 1993). En general, el ser humano es resiliente ante las pérdidas (Bonanno et al., 2002) y no requiere ningún tipo de ayuda profesional; sin embargo, es también sabido que en ocasiones el proceso de superación de las pérdidas puede complicarse.

Según *The National Institutes of Health* (News in Health [NIH], 2009) se calcula que aproximadamente entre el 10% y el 20% de las personas que han sufrido el deceso de un ser querido no son capaces de integrar la experiencia y desarrollan problemáticas intensas en su proceso de duelo, síntomas que se mantendrán en el tiempo afectando de manera global, a esto se le conoce como *duelo complicado* DC (Shear et al., 2011) o *duelo prolongado* DP (Prigerson et al., 2009). Las complicaciones en el proceso de duelo por la muerte de una persona querida han sido estudiadas en diferentes sociedades y los resultados han sido muy variables. En Alemania, el 6,8% de los dolientes presentaron puntuaciones de DC (Kersting et al., 2011), en otro estudio en Australia el porcentaje encontrado fue de 9,2% (Middleton, Burnet, Raphael & Martinek, 1996). Por su parte en Suiza, Forstemier y Maercker (2007) identificaron estas complicaciones en el 4,6% de la muestra, mientras Prigerson et al. (2002), lo hicieron en el 34% de las personas evaluadas en Pakistán. Goldsmith, Morrison, Vanderwerker y Prigerson (2008) encontraron una mayor prevalencia entre afroamericanos (21%) que en gente *de piel blanca* (12%). Un estudio más actual realizado en Japón (Fujisawa et al., 2010) diferenció entre sujetos con DC (2,4%) y aquellos que se encontraban en una puntuación subumbral del diagnóstico pero que podrían desarrollarlo (22,7%), en dicho estudio se incluyeron personas entre 40 y 79 años y se excluyó a padres que habían perdido un hijo, lo cual habría sido importante tener en cuenta.

El duelo se ha relacionado con diversas alteraciones a nivel médico como problemas cardiovasculares, dolores de cabeza, dolor de pecho (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007), incremento en el riesgo de mortalidad (Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2003;

Tomassini, Rosina, Billari, Skyttthe & Christensen, 2002) aparición de síntomas de ansiedad (Jacobs et al., 1990) y presencia de ideas de suicidio (Szanto, Shear, Houck, Ehrenpreis & Reynolds, 2006). Además, se ha demostrado que desencadena un gran aumento en la automedicación y en el uso de servicios de salud (López, Ela, Gómez & García-García, 2001; citado en García & Landa, 2006; Parkes, 2001). Piper, Ogrodniczuk, Azim y Weideman (2001), encontraron que cerca de una tercera parte de las personas que se visitan en atención primaria tienen algún DC. También se ha presentado evidencia en cuanto a la relación entre el DC y la presencia de otros trastornos psiquiátricos (Parkes, 1991; Stroebe et al., 2007) como el trastorno depresivo mayor TDM (Hensley, 2006; Kersting et al., 2009), los trastornos de ansiedad (Marques et al., 2013) y el trastorno de estrés postraumático (Zisook, Chentsova-Dutton & Schuchter, 1998).

El objetivo de este estudio es explorar la manifestación de las pérdidas no superadas en una muestra de personas que han sufrido la muerte de algún ser querido además de aportar datos significativos para la comprensión del DC; partiendo de la hipótesis de que la sintomatología se acentúa más entre aquellas personas con DC y en quienes consideran tener *pérdidas de seres queridos no superadas* (PSQNS), por ello un objetivo secundario se destina en analizar la relación entre las manifestaciones de duelo, la historia de pérdidas, la prevalencia del DC y la sintomatología depresiva.

## 2. Método

El presente estudio se planteó desde el enfoque cuantitativo, se trabajó con un alcance correlacional ya que se compararon puntuaciones del IDC y de BDI, con PNS y PSQNS entre otras variables; se planeó un diseño no

experimental de tipo transeccional (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010) y para el análisis de resultados se desarrollaron algunas pruebas no paramétricas y por último una regresión logística binaria.

#### *Participantes*

Se recogieron datos de personas mexicanas de la zona centro de la República Mexicana, principalmente habitantes de los estados de Guanajuato y Jalisco que durante su vida habían sufrido la muerte de al menos un ser querido. En total, se incluyeron en el estudio 321 sujetos, 51,4% mujeres y 48,6% hombres; siendo la media de edad de 31,75 años (DT = 15,11). La mayor parte de la muestra estuvo compuesta por personas solteras (63,9%), casadas o viviendo en pareja (28,9%) y el resto eran participantes que se habían divorciado (4,4%), viudos (1,2%) y en otras condiciones (1,6%).

#### *Instrumentos*

*Inventario de depresión de Beck-II, BDI-II:* El BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) es un inventario autoaplicado de 21 ítems que permite evaluar síntomas depresivos como la irritabilidad, la pérdida de placer, la culpa y sentimientos de castigo, y otros de carácter más físico: fatiga, pérdida de peso, del deseo sexual entre otros aspectos. Fue desarrollado como un indicador de la presencia y grado de síntomas depresivos consistente con el DSM-IV-TR; sin embargo, no es un instrumento diagnóstico. El BDI-II permite evaluar la significación clínica de los cambios terapéuticos. En este estudio se utilizó su versión en español (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003), para la cual el análisis de fiabilidad reportó elevada consistencia interna ( $\alpha = 0,87$ ).

*Inventario de Historia de Pérdidas, IHP:* El IHP (Chaurand, Feixas & Neimeyer, 2010) es un inventario breve en el que se pide al

sujeto que haga una lista de las pérdidas significativas que ha vivido a lo largo de su vida. A continuación, en caso de presentar pérdidas, se le pregunta para cada una el tiempo que ha transcurrido desde que sucedió, la forma en que sucedió, y si considera haberla superado. Finalmente, se le pide que conteste afirmativa o negativamente si cree que alguna de estas pérdidas está relacionada con su sintomatología depresiva (si la tuviese) y de considerarlo así, se le pide que especifique cuál o cuáles. El IHP utiliza una nomenclatura que facilita la clasificación de las pérdidas en términos de *pérdida* (muerte) *de seres queridos* (PSQ), *pérdidas de otro tipo* o causa distinta a la muerte (PO), *pérdidas no superadas* (PNS), *pérdidas de seres queridos no superadas* (PSQNS) y *pérdidas de otro tipo no superadas* (PONS).

*Inventario de Duelo Complicado, IDC:* EL IDC (Prigerson et al., 1995) es un inventario autoaplicado de 19 ítems que evalúa la presencia de sintomatología propuesta para los criterios diagnósticos de DC, a través de una *escala likert* de 5 puntos que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). Siguiendo la propuesta hecha por los autores, si la suma de los ítems es igual o mayor a 25 puntos se podría considerar la presencia de un DC. En su versión en español (Limonero, Lacasta, García, Maté & Prigerson, 2009), el análisis de la fiabilidad mostró una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,88$ ) así como buena fiabilidad *test-retest* ( $r = 0,81$ ).

#### *Procedimiento*

La recolección de los datos fue llevada a cabo entre los meses de junio y diciembre del 2011 por parte de profesores y alumnos de la Universidad Autónoma de Guadalajara y de la Universidad de Celaya en México. Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico, seleccionando a algunos

sujetos de forma accidental y a otros mediante el método *bola de nieve*.

Los criterios propuestos para DC (Shear et al., 2011; Prigerson et al., 2009) sugieren que hayan pasado 6 meses para diagnosticarlo. Sin embargo, Barreto et al. (2008) realizaron un estudio en el que identificaron una gran estabilidad de las puntuaciones en los indicadores de duelo entre 2 y 6 meses post mortem, dicho estudio se fundamentó en la siguiente premisa:

“El grupo de Prigerson insiste tras los resultados de su investigación y la experiencia de los clínicos que lo componen en que las complicaciones que se detectan a los 6 meses, están presentes ya desde los 2 meses tras la pérdida” (p. 386).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente estudio se incluyeron en los análisis los datos ofrecidos por aquellos participantes que respondieron el IDC por algún fallecimiento sucedido al menos dos meses antes de rellenar los cuestionarios. Inicialmente fueron evaluados 357 participantes para el estudio, 14 no respondieron el IDC, 17 no mencionaron el tiempo transcurrido desde la pérdida por la que respondieron el IDC y 5 personas sufrieron dicha pérdida menos de 2 meses antes de la evaluación, por lo que 36 sujetos quedaron excluidos de la muestra final del estudio (n=321).

#### *Análisis estadísticos*

En primer lugar, se analizó la relación entre las puntuaciones del BDI y del IDC, y la que dichos tests presentaron con otras variables a través del *coeficiente de correlación de Spearman*. Posteriormente, con el objetivo de analizar las diferencias en la puntuación total del BDI y del IDC en relación a las variables género,

presencia de PNS, presencia de PSQNS y diagnóstico de DC, se llevó a cabo un análisis de equivalencias entre grupos a través de la prueba *no paramétrica U de Mann-Whitney* dado que se incumplió la condición de aplicación de normalidad en las variables implicadas en este análisis. Al comparar las medias entre grupos dependiendo de cómo percibían su posible sintomatología depresiva, se optó por la prueba *no paramétrica H de Kruskal-Wallis* por incumplirse también la condición de aplicación de normalidad.

Con motivo de explorar la validez predictiva de la pregunta del IHP en relación a la superación o no superación de las PSQ *¿Considera usted haber superado esta pérdida?* y la presencia de DC, se realizó una prueba de independencia de *chi-cuadrado*.

Para los anteriores análisis, en aquellos casos en los que se tuvieron diferencias estadísticamente significativas se calculó el correspondiente indicador de tamaño del efecto como forma de apreciar la intensidad de la relación entre las variables.

Por último, se realizó una *regresión logística binaria* con el objetivo de identificar qué factores podrían estar relacionados con la presencia del DC. El criterio utilizado para seleccionar las variables predictoras fue incluir variables que pudieron ser obtenidas mediante el IHP: edad, género (hombre / mujer), relación con el fallecido (pareja / hijo / padre, madre, hermano / abuelos / otros), PSQNS (presencia / ausencia) y el considerar si la sintomatología depresiva tenía relación con al menos una pérdida del IHP (si relación / sí síntomas depresivos no relación con IHP / consideró no tener síntomas depresivos). La variable criterio utilizada fue el diagnóstico de DC (presencia / ausencia). La estimación de los parámetros se obtuvo mediante el

modelo completo, es decir, con todas las variables predictivas seleccionadas, con el objetivo de probar el modelo holístico

### 3. Resultados

El número de PSQ mencionadas por el total de los participantes fue de 646, lo que corresponde a una media de 2,01 (DT = 1,38) PSQ por cada sujeto, un poco más de la cuarta parte de estas se consideraron PSQNS (27,24%; 176).

Del conjunto de 321, 113 de ellos (35,2%) comentaron tener al menos una PSQNS y 40 (12,46%) alcanzaron puntuaciones en el IDC correspondientes a DC, la media de tiempo transcurrido desde la pérdida por la que se respondió el IDC fue de 7,12 años (DT= 7,93). Conforme a los criterios propuestos para el DSM-V y el CIE-11, se analizó la presencia de DC teniendo en cuenta solo a aquellas

formado por todas ellas. Los análisis se desarrollaron con el paquete estadístico SPSS (versión 17 para Windows).

personas que habían sufrido la pérdida de su ser querido hacía 6 meses o más (n=304), la prevalencia en este grupo fue muy semejante, aunque algo menor (n=37; 12,2%).

La tabla 1 muestra el porcentaje de sujetos que cumplieron puntuaciones de DC según los meses que habían pasado desde el fallecimiento hasta el día de la evaluación diferenciando por rangos temporales. Los resultados no mostraron una disminución lineal de la prevalencia a medida que avanza el tiempo sino, por el contrario, fueron fluctuantes, es decir, se observó que los síntomas de DC estaban más presentes entre los sujetos entre 6 meses y 12 meses después de la pérdida.

Tabla 1.

*Porcentaje de sujetos con DC según el tiempo desde la pérdida (n=321).*

Tiempo desde la muerte	2 a 6 meses	6 a 12 meses	12 a 24 meses	24 a 60 meses	60 a 120 meses	Más de 120 meses
n	17	21	42	88	58	95
DC	3	7	7	11	3	9
%	17,65	33,33	16,67	12,5	5,17	9,47

n = número total de sujetos que respondieron el IDC por una pérdida tras la que ha pasado dicho periodo de tiempo.

DC = número de sujetos que cumplen con la puntuación de duelo complicado.

En cuanto a los resultados del análisis correlacional, se obtuvo una asociación lineal directa de intensidad leve entre las puntuaciones en el IDC y el BDI ( $r = ,418$ ,  $n = 321$ ,  $p < ,001$ ,  $R^2 = ,17$ ); así mismo, también se observó una relación leve y moderada respectivamente entre ambos tests y el número de PSQNS ( $r = ,353$ ,  $n = 321$ ,  $p < ,001$ ;  $R^2 = ,12$  en el caso del BDI;  $r = ,535$ ,  $n = 321$ ,  $p < ,001$ ,  $R^2 = ,29$  en el caso del IDC). El valor de correlación más elevado se obtuvo entre el número de PNS y el de PSQNS ( $r = ,885$ ,  $n = 321$ ,  $p < ,001$ ,  $R^2 = ,78$ ).

En la tabla 2 constan los resultados obtenidos por las pruebas *U de Mann Whitney*, los datos de la comparación entre los grupos con PONS y sin PONS no son presentados dado que no ofrecieron diferencias significativas. Las puntuaciones del BDI-II no revelaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en cambio sí que se observaron puntuaciones mayores en depresión y duelo en personas que manifestaron la existencia de PNS, de PSQNS y como era de esperarse en los que cumplieron criterios de DC.

Tabla 2.  
Comparación de medias entre grupos en depresión y duelo.

		BDI-II					IDC				
		m	sd	U	p	r*	m	sd	U	p	r*
Género	H (n=156)	9,06	7,75	11459,0	,089	XX	9,21	9,30	9944,5	<,001	,196
	M (n=165)	10,64	8,96				13,67	12,61			
PNS	Si (n=131)	12,83	9,64	8386,0	<,001	,278	17,67	13,37	6128,5	<,001	,432
	No (n=190)	7,83	7,83				7,25	7,06			
PSQNS	Si (n=113)	13,65	9,84	7267,0	<,001	,316	19,89	13,04	4109,0	<,001	,538
	No (n=208)	7,83	6,43				6,95	6,87			
DC	Si (n=40)	17,35	11,82	3087,5	<,001	,258	35,28	8,89	0,000	<,001	,572
	No (n=281)	8,81	7,04				8,12	6,59			

Nota: H=hombre; M=mujer; PNS=pérdida no superada; PSQNS=pérdida de ser querido no superada; DC= duelo  
\*r. Los criterios de interpretación del efecto son los utilizados por Cohen (1998); pequeño >1; medio >3; grande >5

Al comparar las puntuaciones de depresión y duelo entre tres grupos diferentes (Grupo 1, participantes que creían que sus síntomas depresivos eran resultado de alguna(s) de sus pérdidas; Grupo 2, los que manifestaron que su sintomatología depresiva no estaba relacionada con sus pérdidas; y Grupo 3, los que consideraron no tener síntomas depresivos) utilizando la prueba de *H Kruskal-Wallis* se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto para el BDI ( $\chi^2_{(2, n=319)} = 45,967, p < 0,001$ ) como para el IDC ( $\chi^2_{(2, n=319)} = 44,479,13, p < 0,001$ ). El Grupo 1 presentó puntuaciones medias más elevadas ( $\bar{X} = 16,48$  y  $DT = 10,37$  en el BDI;  $\bar{X} = 21,91$  y  $DT = 14,75$  en el IDC), seguido por el Grupo 2 ( $\bar{X} = 10,34$  y  $DT = 8,28$  en el BDI;  $\bar{X} = 10,91$  y  $DT = 9,32$  en el IDC) y por último, como se esperaba, el Grupo 3 ( $\bar{X} = 7,12$  y  $DT = 5,45$  en el BDI;  $\bar{X} = 8,10$  y  $DT = 8,74$  en el IDC). Para encontrar específicamente las diferencias entre cada uno de los grupos se aplicaron los contrastes parciales a través de la prueba no paramétrica *U de Mann Whitney* y se utilizó la *corrección de Bonferroni* para ajustar el nivel de significación y reducir la tasa nominal de error ( $p = ,008$ ). Los resultados revelaron diferencias significativas entre los Grupos 1 y 2 de intensidad moderada para el BDI ( $U = 2055,000, z$

$= -3,903, p < ,001, r = ,30$  y para el IDC ( $U = 1806,000, z = -4,716, p < ,001, r = ,36$ ), también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los Grupos 1 y 3 de intensidad moderada ( $U = 1607,500, z = -6,717, p < ,001, r = ,47$  en el BDI;  $U = 1754,500, z = -6,321, p < ,001, r = ,44$ ); mientras que las diferencias observadas entre los Grupos 2 y 3 fueron de baja intensidad tanto en el caso de las puntuaciones de depresión ( $U = 6507,500, z = -3,301, p = ,001, r = ,20$ ) como de duelo ( $U = 6724,500, z = -2,946, p = ,003, r = ,18$ ).

Como resultado de la prueba de independencia *chi-cuadrado*, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la respuesta a la pregunta *¿Considera usted haber superado esta pérdida?* (pérdida por la que se respondió el IDC) y la presencia de DC ( $\chi^2_{(1, n=321)} = 57,44, p < ,001, \Phi = ,433$ ). Las tablas de contingencia señalaron que de 40 personas con DC solamente un 10% ( $n = 4$ ) comentó haber superado la PSQ, y de los 281 restantes sin DC, el 27,4% ( $n = 77$ ) consideró no tener superada la PSQ.

Finalmente, con el objetivo de identificar qué variables podrían estar implicadas en la aparición de complicaciones en el proceso de duelo se decidió realizar un análisis de *regresión logística binaria*, en la Tabla 3 se presenta la estimación de parámetros obtenidos. En dicho análisis

se obtuvo un valor de  $R^2_{Nagelkerke} = ,53$  (iteración número 7) con un bajo ajuste del modelo según la *prueba de Hosmer y Lemeshow* ( $\chi^2_{(8)} = 15,71, p = ,047$ ). El porcentaje de casos clasificados correctamente fue del 92,4%, siendo del 60% para el grupo de presencia de duelo complicado y del 97,1% para el grupo de ausencia de duelo complicado. Las variables predictoras incluidas en el modelo que presentaron significación estadística fueron: considerar que la presencia de sintomatología depresiva tiene relación con pérdidas mencionadas en el IHP, presentar PSQNS, y el vínculo con la persona por la que se responde el IDC. En este sentido, los datos indicaron que quienes consideran

tener PSQNS, que la muerte más significativa que han vivido *ha sido la de su pareja* y que además valoran sus síntomas depresivos como una respuesta a pérdidas mencionadas en el IHP tendrían más probabilidad de presentar complicaciones en su proceso de duelo. Por tanto, según dicho modelo, estas variables podrían actuar como predictores de DC tras la pérdida de un ser querido. Con el objetivo de evaluar el modelo, se obtuvieron los valores derivados de las distancias de Cook para analizar el impacto de los residuales, los resultados mostraron que todos los residuales tenían valores inferiores a 1, indicando un buen ajuste en todos los casos (Martin & Pardo, 2009).

Tabla 3.

*Estimación de parámetros del modelo de Regresión Logística Binaria con el duelo complicado como variable dependiente (n = 321).*

VARIABLES	$\beta$	S.E.	Wald	g.l.	p	OR	CI OR (95%)
Edad	-,016	,018	,737	1	,391	,984	,950 – 1,020
Género (hombre)	-,214	,505	,179	1	,672	,807	,300 – 2,174
Relación con la persona por la que se responde IDC (otros)*			10,768	4	,029		
Pareja*	2,734	1,175	5,411	1	,020	15,395	1,538 – 154,112
Hijo	-,265	1,084	,060	1	,807	0,767	,092 – 6,416
Padre, madre, hermano	,540	,676	,637	1	,425	1,715	,456 – 6,454
Abuelo(a)	-1,222	,655	3,484	1	,062	0,295	,082 – 1,063
Síntomas depresivos en respuesta a pérdidas IHP (No considera tener síntomas)*			26,517	2	<,001		
Sí*	2,681	,598	20,100	1	<,001	14,593	4,521 – 47,104
No	,399	,638	,392	1	,531	1,491	,427 – 5,203
PSQNS (No)*	2,512	,587	18,318	1	<,001	12,326	3,902 – 38,939
Tiempo transcurrido desde la muerte	-,002	,003	,523	1	,470	,998	,993 – 1,003
Constante	-3,738	,848	19,432	1	<,001	,024	

NOTA: La categoría de referencia para cada una de las variables independientes se muestra entre paréntesis.  $\beta$ : valor estimado del coeficiente de regresión; E.E.: Error estándar; Wald: estadístico Wald; g.l.: grados de libertad; p: nivel de significación; OR: Odds Ratio; ICOR 95%: Intervalo de Confianza de la Odds Ratio con un nivel de confianza del 95%.

PSQNS = Pérdida de ser querido no superada; DC = Duelo complicado.

\* Indica significación estadística ( $p < ,05$ ).

#### 4. Discusión

Los resultados de la investigación señalaron que 1 (una) de cada 8 (ocho) personas que han sufrido la PSQ presenta complicaciones en su proceso de duelo.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2011) en México en el año 2011 se registraron 590,693 fallecimientos. Teniendo en

cuenta los resultados de este estudio y que aproximadamente 4 o 5 personas pueden verse afectadas psicológicamente por cada defunción según el *The National Institutes of Health* (NIH, 2009), sería esperable que se sumen más de 350,000 casos nuevos de DC cada año a los ya existentes. Esto por lógica podría repercutir en un elevado coste a nivel social, sobre todo

en cuestiones de salud física y mental (Parkes, 2001; Prigerson & Jacobs, 2001; Stroebe et al., 2007), de bienestar laboral (López et al., 2001, citado en García & Landa, 2006; Zaslou, 2002) y de gasto público.

El porcentaje más alto de personas con DC se encontró entre quienes habían sufrido la pérdida hace *más de seis meses y menos de un año*. Es importante tener en cuenta este dato, ya que en estudios previos se ha hablado de estados de negación, evitación, protección, shock o incredulidad, y de la aparición de otras manifestaciones del duelo habiéndose disipado dichas respuestas psicológicas (Bowlby, 1980; Horowitz, 1986; Kubler-Ross, 1969; Payás, 2010; Rando, 1993).

Refiriéndonos a resultados relevantes de este estudio se encontró que:

- Como era esperado, se identificaron puntuaciones más elevadas en depresión y duelo entre los participantes con PSQNS que en aquellos que consideraron haber superado sus PSQ.
- Se encontró también que en aquellas personas que relacionaron su sintomatología depresiva con alguna pérdida mencionada en el IHP los resultados del IDC y del BDI fueron significativamente mayores que en aquellos que consideraron que sus síntomas no tenían relación con lo mencionado en el inventario y estas un poco más elevadas que en aquellos que no consideraron tener síntomas de depresión (la diferencia entre estos dos últimos grupos fue pequeña) siendo como era esperable mayores las puntuaciones en el primero.

- Estos resultados corroboran la importancia de explorar no sólo la sintomatología y el estado actual de los pacientes, sino también la historia de pérdidas.

- Además, sugieren la importancia de realizar estudios longitudinales en relación al duelo y la depresión que permitan determinar la relación causa-efecto entre ambas entidades psicológicas.

Es relevante destacar la validez predictiva de la respuesta dada a la pregunta del IHP en relación a la superación de una PSQ, ya que detectó 9 de cada 10 casos de DC, también destacar que de los participantes con puntuaciones por debajo del punto de corte de DC cerca de una cuarta parte creían no haber superado su pérdida. Dicha respuesta en personas que vivieron la PSQ algunos años atrás, podría por sí misma considerarse una alerta en relación a la presencia de dificultades en el proceso de adaptación, y en cualquier caso, sería un motivo para continuar con una exploración más completa de dicha pérdida y de sus repercusiones en el estilo de vida de la persona a quien se evalúa.

Según las variables incluidas en la regresión logística fue posible predecir al 60% de aquellos que cumplían con puntuaciones de DC; este porcentaje es elevado teniendo en cuenta la dificultad que existe para determinar dicho diagnóstico, por lo que las variables referidas son importantes elementos a tener en cuenta como datos relacionados con la presencia de DC.

Algunos estudios, como los de Piper et al. (2001), hacen énfasis en el conocimiento de la historia de pérdidas de los pacientes que se visitan en atención primaria, para ello el IHP ha demostrado ser un método que favorece la rápida identificación de variables que podrían estar relacionadas con la aparición o el mantenimiento de sintomatología del estado del ánimo; por ello como hallazgos derivados de este estudio podemos aportar que:

- Dadas las características del proceso del DC, resalta y se reafirma la utilidad clínica en atención primaria del IHP y del IDC para identificar factores de riesgo.
- La *pérdida de la pareja* y el periodo de *más de seis meses y menos de un año* destacan como factores de riesgo tipo para ser considerados por el clínico.
- Se aportan datos de validez externa en el desempeño del IHP y del IDC como instrumentos útiles para trabajar con población mexicana.
- Y por último, se destaca la gran utilidad para continuar y conformar estudios de prevalencia del DC en México y Latinoamérica.

Por otro parte durante el desarrollo de éste estudio se identificaron algunas limitaciones.

- En primer lugar, el muestreo no permite realizar estimaciones inferenciales sobre la población, esto sugiere que a futuro el estudio pueda ser replicado con una muestra probabilística con el objetivo de conocer datos más representativos de la población general.
- La presencia de DC fue evaluada solamente mediante el

uso del IDC y se utilizó un punto de corte en la suma de las puntuaciones, en ese sentido, sería importante para futuras investigaciones considerar la posibilidad de utilizar otros instrumentos de medida que permitan obtener más información.

- Una última limitación es que el IHP es una herramienta descriptiva que se basa en la percepción de los participantes y que no ha sido validada con muestras clínicas, dicha labor se encuentra en proceso.

Se cumplió el objetivo del estudio en la medida que se han descrito los principales hallazgos de datos relacionados con las pérdidas de seres queridos no superadas PSQNS y del duelo complicado DC en la muestra en cuestión, se realizaron los análisis estadísticos básicos y avanzados para aportar evidencias de consistencia, análisis e interpretación, indicios de prevalencia y consolidar e integrar un marco teórico vasto y contemporáneo.

Siendo este el primer trabajo que se ha realizado en México en relación a las pérdidas de seres queridos no superadas PSQNS, la sintomatología asociada al DC y los datos relacionados con la prevalencia del DC, es importante tomar en cuenta que el estudio se realizó en un país que para los ojos del mundo percibe la muerte de una forma antropológicamente distinta, se vislumbra que la prevalencia del DC no será muy distinta a la que otros países han presentado, lo que sugiere la posibilidad de estudiar próximamente la influencia que las prácticas culturales, las creencias y los ritos funerarios de distintas sociedades pueden ejercer sobre la manera de afrontar la muerte y/o algunas otras pérdidas, tal y como lo concluye Caycedo (2007) en su trabajo sobre *La muerte en la cultura*

*occidental*. Sin duda el tema de la muerte, el proceso del duelo, sus diferencias de abordaje antropológico, epidemiológico y por ende el DC será un tema que el mundo posmoderno y globalizado deberá dedicarle una inversión en líneas de investigación para beneficio y control de la salud mental pública.

El tema del duelo ha sido muy estudiado durante los últimos años, sin embargo aún es mucho lo que queda por conocer. Finalmente, mencionar que es elemental que los profesionales de la salud reciban formación especializada en temas de duelo y adaptación ante las pérdidas para ser capaces de orientar y/o derivar adecuadamente o, de ser su función, brindar el soporte apropiado a quienes lo necesiten.

## 5. Referencias

- Angulo, R. (19 de agosto de 2009). Muerte en México. *Periódico La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/lectores-corresponsales/20090819/53769180854/muerte-en-mexico.html>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Bonanno, G., Wortman, C., Lehman, D., Tweed, R., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, R. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-64.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Caycedo, M. (2007). *La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte*. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 25(2), 332 – 339.
- Chaurand, A., Feixas, G., y Neimeyer, R. (2010). *El Inventario de Historia de Pérdidas (IHP). Presentación y utilidad clínica*. *Revista de Psicoterapia*, 84, 95-101.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2014). *Día de Muertos en México*. (Escrito por Webmaster, Lunes 20 de octubre del 2014). Recuperado de: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_content&id=555:dia-de-muertos-en-mexico&catid=52&Itemid=73](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&id=555:dia-de-muertos-en-mexico&catid=52&Itemid=73)
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99, 203-211.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 352-8.
- García, J. & Landa, V. (2006). The provision of grief services by

- primary care physicians. *European Journal of Palliative Care*, 13(4), 163-166.
- Goldsmith, B., Morrison, R., Vanderwerker, L., & Prigerson, H. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death Studies*, 32(4), 352-65.
- Hensley, P. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of Affective Disorder*, 92, 7-24.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª. ed.). México, D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*, (2nd ed.). New York: Wiley.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. (2nd ed.). New York: Jason Aronson.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2011). *demografía y población, estadísticas de mortalidad*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269-274.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, K., Ohrmann, P., Baune, B., Arolt, V., & Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 201-204.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Li, J., Precht, D., Mortensen, P., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, 363-367.
- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., Prigerson, H., (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina. Paliativa*, 16, 291-297.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 167-171.
- Marques, L., Bui, E., LeBlanc, N., Porter, E., Robinaugh, D., Dryman, T., Nadal-Vicens, M., Worthington, J. & Simon, N. (2013). Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. *Depression and Anxiety*, 00, 1-6.
- Martin, N. & Pardo, L. (2009). On the asymptotic distribution of Cook's distance in logistic regression models. *Journal of*

- Applied Statistics*, 36, 1119-1146.
- News In Health (2009). When a loved one dies. *The National Institutes of Health*, Recuperado de <http://newsinhealth.nih.gov/2009/November/feature1.htm>
- Parkes, C. (1991). *Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement in adult life*, en: Parkes, Stevenson-Hinde y Marris (Eds), 1991. *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Parkes, C. (2001). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Routledge.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo relacional*. Barcelona: Paidós.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 52(8), 1069-1074.
- Prigerson, H., Maciejewsky, P., Reynolds III, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
- Prigerson, H., & Jacobs, S., (2001). Caring for bereaved patients: all the doctors just suddenly go. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1369-1376.
- Prigerson, H., Ahmed, I., Silverman, G., Saxena, A., Maciejewski, P., K, Jacobs, S., Kasl, S., Aqeel, N., & Hamirani, M. (2002). Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies*, 26(10), 781-92.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewsky, P. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *Plos Med*, 6(8), 1-12.
- Poniatowska, E. (1° de noviembre de 2005). Día de muertos. *La Jornada de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2005/11/01/index.php?section=opinion&article=a05a1cul>
- Rando, T. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Illinois: Research press.
- Rando, T., Doka, K., Fleming, S., Franco, M.H., Lobb, E., Murray Parkes, C., & Steele, R. (2012). A call to the field: Complicated grief in the DSM-V. *Omega*, 65(4), 251-255.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 14(3), 249-280.

- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'connor, M.F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*. 370, 1960–1973.
- Szanto, K., Prigerson, H.G., Houck, P.R., Ehrenpreis, L., & Reynolds, C.F., (1997). Suicidal ideation in elderly bereaved: The role of complicated grief. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 27(2), 194-207.
- Tomassini, C., Rosina, A., Billari, F.C., Skytthe, A., Christensen, K. (2002) The effect of losing the twin and losing the partner on mortality. *Twin research* , 5(3), 210-217.
- Zaslow, J. (2002). New index aims to calculate the annual cost of despair. *The Wall Street*, journal online. Recuperado (el 27 de mayo de 2013) de: <http://www.griefrecoverymethod.com/press/new-index-aims-to-calculate-the-annual-cost-of-despair/#>
- Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y. y Schuchter, S. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10(4), 157-163.

## Apéndices

### *Glosario de abreviaturas*

BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II

CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades, onceava versión

DC: Duelo complicado

DP: Duelo prolongado

DT: Desviación típica

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta versión

IDC: Inventario de duelo complicado

IHP: Inventario de historia de pérdidas

PO: Pérdidas de otro tipo

PNS: Pérdidas no superadas

PONS: Pérdidas de otro tipo no superadas

PSQ: Pérdidas de seres queridos

PSQNS: Pérdidas de seres queridos no superadas

**Recibido:** 12 de agosto del 2015  
**Aceptado:** 01 de septiembre del 2015