



Diversitas: Perspectivas en Psicología
ISSN: 1794-9998
Universidad Santo Tomás

Bernal, Rodrigo Liz; Avendaño, Bertha Lucia
Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos *
Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 14, núm. 1, 2018, Enero-Junio, pp. 121-136
Universidad Santo Tomás

DOI: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.09>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67957684010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos*

Design and analysis of the IPDP psychometric inventory to evaluate pathological grief in adults

Rodrigo Liz Bernal**
ORCID 0000-0001-6995-3254
Fundación Universitaria San Alfonso,
Colombia

Bertha Lucia Avendaño
ORCID 0000-0002-3006-7981
Universidad Católica de Colombia

Recibido: 8 de marzo de 2017
Revisado: 13 de abril de 2017
Aceptado: 29 de mayo de 2017

Resumen

Se diseñó y realizó el análisis psicométrico de un instrumento para evaluar duelo patológico en adultos. El estudio es de tipo instrumental, los participantes fueron 235 hombres y mujeres mayores de 18 años. La validación de contenido se realizó con 8 jueces expertos en el tema y en psicometría, para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio. Los ítems se agruparon en cuatro (4) factores que explican el 64.64% de la varianza. En el análisis bajo la teoría de respuesta al ítem (TRI), se encontró que el INFIT de los ítems o estadígrafo de ajuste que captura respuestas no esperadas, cerca del nivel de habilidad del evaluado osciló entre 0.6 y 1.19 y el OUTFIT estadígrafo que captura anomalías lejos de las habilidades calibradas para los evaluados, osciló entre .34 y 1.20, resultados que indican que la prueba cumple con los requerimientos psicométricos exigidos para este tipo de instrumentos.

* Artículo de investigación. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.09>
Nota: Los autores agradecen a las personas que voluntariamente participaron en la investigación, quienes en su alma llevan el dolor de la partida de sus seres queridos.
** Correspondencia: Rodrigo Liz Bernal. Psicólogo (ORCID 0000-0001-6995-3254), Especialista en Psicología Jurídica, Magíster en Psicología con énfasis en Psicología Clínica. Docente Investigador Fundación Universitaria San Alfonso. Dirección postal: Correo electrónico: rodrigoliz@gmail.com

El instrumento aporta a la psicología, puesto que puede ser usado como una medida válida, fiable y útil para el objetivo y contexto para el cual fue elaborado.

Palabras clave: Duelo (D006117), test (SC32180), validez (SC58280), confiabilidad (SC52250), Psicométrica (D011594)

Abstract

We designed and analyzed an instrument to measure pathological grief in adults with 235 participants. Eight experts in grief and psychometry participated in the content validity phase, and an exploratory factor analysis was performed to assess construct validity. Items were grouped in four factors explaining 64.64% of the variance. The IRT analysis found an infit between 0.6 and 1.19 and the outfit between 0.34 and 1.20. The test fulfills the required psychometric indicators.

Keywords: Duelo (D006117), test (SC32180), validity (SC58280), reliability (SC52250), Psychometrics (D011594).

Introducción

La muerte es un fenómeno que acompaña e inquieta al hombre desde sus orígenes y debido a las manifestaciones emocionales que provoca, genera la necesidad de investigar O'Connor, (2007). La forma en que se comprende el proceso de duelo está relacionada con la forma en que se entiende la muerte y ha ido evolucionando según las distintas épocas por las que ha atravesado la humanidad (Cabodevilla, 2007). Como todo evento natural, ha presentado cambios con el paso de la historia y se ha adaptado a las diferentes condiciones y aspectos culturales. Como la humanidad está inmersa en contextos sociales violentos en los que la muerte se ha vuelto una estrategia de solución de conflictos, dominio, lucha de poder y hasta una manera absurda de satisfacer necesidades; la percepción que hay sobre la muerte se ha visto distorsionada e influenciada de manera negativa para algunas culturas occidentales esta situación tiene repercusiones negativas, pero para otras, es una situación completamente natural (Analía, 2009).

En el año 2013 en Colombia se registraron 25.439 casos de necropsias médica legales cuya causa de muerte fue violenta y para el año 2014 se presentaron 28.496 (Instituto Nacional de Medicina

Legal, INMCF, 2014). Estas muertes violentas se clasifican en homicidio, suicidio, accidentes de transporte, muertes accidentales de otro tipo y violentas indeterminadas. En el año 2013 bajo la categoría de homicidio se reportaron 13.683, por accidente de transporte 5.840, accidentes 2.502, suicidios 1.685, e indeterminados 1.729 (INMLCF 2014).

Los actos violentos son principalmente cometidos hacia personas entre 25 y 29 años (INMLCF 2014); aspecto de suma importancia en lo referente al duelo, debido a la creencia cultural sobre vida, calidad y cantidad de vida, estrechamente relacionada con juventud (Conde & de Iturreta (2003); la muerte trágica de una persona a temprana edad dificulta la aceptación de la pérdida, siendo difícil asumirla y comprenderla (Lacasta & García, 2009).

La respuesta frente a la pérdida es entendida como la pena, definida según Parada (2007), como un dolor psíquico que experimentan los seres humanos cuando pierden a alguien cercano. Fonnegra (1999) explica el duelo como un período que sigue tras la muerte de alguien significativamente importante. Por su parte, Caycedo (2007) interpreta la reacción ante la pérdida, como la

muestra externa de los sentimientos de pena y duelo ante el fallecimiento de un ser querido.

Los estudios de duelo y crisis han demostrado relación con la pérdida de un estado previo de estabilidad, seguido por desorganización y búsqueda de adaptación (Rodríguez, Ruiz, & Restrepo, 2004). De igual manera se puede entender el duelo como una lucha interior en la que se presenta vergüenza por las emociones hacia la persona fallecida, y culpabilidad acompañadas de cólera y rabia, lo que causa que el doliente disfraz o reprenda las emociones y prolongue el periodo de dolor (Kübler-Ross, 1975). También se ha definido como un conjunto de emociones que se desencadenan frente a la pérdida de un ser querido, y se ha identificado que la manifestación más significativa que tiene relación con la muerte, es la respuesta emocional que incluye cambios físicos en la salud mental y emocional y en las relaciones sociales y espirituales (Barrera et al., 2007; Fonseca, 1999; Mystakidou et al., 2008; O'Connor, 2007; Rojas, 2005).

El concepto de duelo patológico se asume cuando el individuo experimenta un sufrimiento pesado, no cuenta con recursos personales y estrategias de afrontamiento adecuados, se encuentra clínicamente deprimido, y muestra dificultad para adaptarse a la pérdida y a las condiciones derivadas de la misma (Acheburúa, 2007).

Fases del duelo

En el manejo del duelo Krueger (2005) propone cuatro fases: 1) Adormecimiento: que dura desde un par de horas hasta una semana y podrá ser interrumpida por estallidos de angustia muy intensa e ira. 2) Anhelo y búsqueda del ser querido que puede durar meses e incluso años. 3) Desorganización y desesperación: representada por fuertes manifestaciones emocionales y cambios en el ritmo cotidiano de vida y 4) Reorganización: reajuste de los procesos de vida a partir de la aceptación de la pérdida. Otros autores consideran que estas etapas están seguidas por síntomas somáticos como angustia, ansiedad, ira y la posterior irritabilidad y depresión como respuesta a la muerte de un niño o de un ser querido (Briggs & Pehrsson, 2008).

Se tomaron en consideración tres fases: a) Evitación, fase en la que predomina la incredulidad y el adormecimiento; b) Confrontación, caracterizada por malestar agudo, alejamiento social, manifestaciones de tipo físico y emocional, así como expresiones cognitivas como pensamiento y creencias que agudizan el dolor; y c) Acomodación, marcada por el reconocimiento de la pérdida, etapa en la cual se retoman los roles habituales, se adquieren otros nuevos, se experimenta placer y se busca amistad y amor (Corredor, 2002; Rodríguez, Horta de frutos & Benítez, 2001).

Entre los síntomas presentados por las personas en duelo patológico se encuentran los pensamientos intrusivos -que se presentan en la mente sin control- acerca del fallecido, punzadas de dolor incontrolable por la separación, añorar intensamente al fallecido, estar confundido acerca de cuál es su papel en la vida, tener dificultad para aceptar la realidad de la pérdida, tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto, sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento, estar amargado o enfadado con relación al fallecimiento, sentirse mal por seguir adelante con su vida, sentirse frío e insensible -emocionalmente plano- desde el fallecimiento, sentirse frustrado en la vida, sentir que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido, sentirse como aturdido o conmocionado.

Los anteriores síntomas pueden durar hasta tres (3) meses luego del fallecimiento, pero si la duración es superior a este tiempo, ya no se puede considerar una manifestación normal a la pérdida y estos síntomas pueden causar un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2007).

Otro factor relacionado con las manifestaciones emocionales frente a la pérdida es el apego, entendido como “la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez”; el apego se puede presentar

en tres formas: segura, ansiosa (propenso al afebramiento) y elusiva (en la que el individuo espera ser desairado) (Bowlby, 2001).

Debido a la mala interpretación de los síntomas que presentan los dolientes, el diagnóstico del duelo se suele confundir con las manifestaciones de depresión y ansiedad (MacCallum & Bryant, 2011; Metzger & Matt 2008; Newson, et al., 2011; Simon, et al., 2008). Adicionalmente, el abordaje inadecuado del duelo normal conduce a un duelo patológico que se ha asociado con problemas de salud mental y física, trastornos psicosociales, riesgo de suicidio, dolor intenso y abuso de sustancias (Newson et al., 2011; Simon, et al., 2008; Zuckoff, Shear, Frank & Daley, 2006;).

El duelo se caracteriza por memorias específicas relacionadas con la pérdida, pero en la depresión estos recuerdos dolorosos son sobre generalizados (MacCallum & Bryant, 2011; Metzger & Matt 2008; Newson et al., 2011; Simon, et al., 2008), aspecto que amerita su evaluación con el objetivo de garantizar un adecuado diagnóstico que permitirá un proceso de intervención pertinente.

Al realizar la revisión conceptual, se encontraron estudios que describen la relación de la muerte con el duelo y de ésta con la cultura y las dificultades que representan para el hombre en su desarrollo y evolución como comunidad desde lo individual, pero no se hallaron instrumentos elaborados ni validados en Colombia que permitan evaluar el duelo.

Método

El estudio fue de tipo instrumental, en cuanto estuvo encaminado al diseño y análisis de las propiedades psicométricas de un inventario para evaluar el proceso de duelo patológico, el cual se denominó IPDP (Pedro, 2013).

Participantes

Se contó con una muestra de 235 adultos (43.8% hombres y 18.7% mujeres, 37.4% no marcó), con baja escolaridad 4.3%, primaria 11.1%, secundaria

27.7%, técnicos 19.6%, nivel universitario 36% y posgrado el 6.8%. El 35.3% pertenecían al estrato dos, el 42.6% al estrato tres, el porcentaje restante a los estratos 1, 4 y 5. En cuanto al estado civil, predominaron los solteros con una participación del 48.9%, seguidos de los casados con el 23.4%. El 86.8% manifestó estar presentando un proceso de duelo y el 13.2% indicó no presentar duelo. Los participantes fueron convocados a responder el inventario de manera voluntaria luego de aclararles los objetivos de la investigación, se accedió a la población a través de Internet y se realizó una búsqueda activa en cementerios de Bogotá tratando de identificar personas que estuvieran pasando por un proceso de duelo.

Instrumentos

Se utilizó una encuesta elaborada por los autores que incluía variables sociodemográficas y variables relacionadas con el proceso de duelo, la cual fue sometida a evaluación de contenido por jueces expertos en el tema. Se aplicó el instrumento IPDP el cual contó inicialmente con 55 ítems.

Procedimiento

El proceso de desarrollo de la prueba cumplió cinco fases, en la primera se realizó la búsqueda bibliográfica acerca del duelo por pérdida de un ser querido y duelo patológico; se seleccionó la definición conceptual que fue de utilidad para el desarrollo del plan de prueba del instrumento. Teniendo en cuenta el marco teórico, en la segunda fase se elaboraron los ítems, los indicadores esenciales fueron inicialmente “creencias sobre la muerte”, “concepción del vínculo afectivo”, “tipo de apego”, “significado sobre la vida y sentido de vida”, “manifestaciones emocionales y afectivas” y “estrategias de afrontamiento evitativas y de auto perpetuación disfuncional”. Se construyó el IPDP con 55 ítems iniciales según el plan de prueba, una vez revisado se conformó un equipo con ocho (8) jurados expertos (4 en clínica y 4 en psicometría), quienes recibieron una invitación vía correo electrónico y comunicación telefónica para participar como expertos en el estudio. La información para cada ítem, tenía la siguiente

instrucción: "Por favor realice su evaluación con una puntuación de 0 a 5 teniendo en cuenta los criterios en la siguiente columna": 1) Pertinente (corresponde con el tema), 2) Coherente (conexión lógica con el tema), 3) Relevante (importante para evaluar el tema), 4) Sintaxis (combinación y ubicación de las palabras y la construcción de las oraciones adecuada al tema), 5) Semántica (palabras adecuadas, significado en cada frase), y 6) Suficiente (bastaba para el tema a evaluar). Se agregó un apartado adicional con pregunta abierta para las observaciones. Una vez recibidos los reportes de cada uno de los jurados, se creó una base de datos en una hoja de Excel, en la cual se compilaron los reportes cuantitativos, se aplicó el índice rwg de armonía interjueces como indicador de validez de contenido del instrumento.

En la tercera fase, se realizó un pilotaje con 110 participantes, quienes contestaron el instrumento e hicieron observaciones sobre el mismo. Teniendo en cuenta los aportes y sugerencias de los participantes y los análisis estadísticos se realizaron los cambios y ajustes necesarios. Una vez corregido el instrumento, en la cuarta fase se aplicó al total de la muestra, previa solicitud formal y firma del consentimiento informado de los participantes en la investigación en el que aceptan las circunspecciones éticas de la investigación. Los resultados se transcribieron en una tabla de Excel y posteriormente fueron exportados a los paquetes Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 y Winsteps, V 3.91.2. En la quinta fase se realizó el análisis descriptivo de las variables involucradas en el estudio y el análisis psicométrico: consistencia interna y validez de constructo.

Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación a la luz de la ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones y la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se explicaron a los participantes de la investigación, los objetivos, los alcances, los

criterios de selección, el procedimiento a seguir, los instrumentos y el tiempo de aplicación. De acuerdo con el Título II, Artículo 2 numeral 5, 6, 7 y 8 y al Título V Artículo 10 ley 1090 y Título II Capítulo 1 resolución 8430, todos los participantes aceptaron participar por medio del consentimiento informado, manifestaron tener claridad sobre la investigación y sus condiciones y afirmaron estar de acuerdo con las condiciones. Se garantizó la confidencialidad de la información de los datos personales y la identidad, los participantes tuvieron la opción de escribir o no su nombre y teléfono de contacto, con el objetivo de remitir a consulta psicológica a quienes presentaran duelo patológico.

Resultados

Para establecer la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, dicho resultado fue de 0.96 con los 36 ítems que conformaron el instrumento final.

Se construyó el IPDP con 55 ítems iniciales según el plan de prueba, una vez revisado se conformó un equipo con ocho (8) jurados expertos (4 en clínica y 4 en psicometría), quienes recibieron una invitación vía correo electrónico y comunicación telefónica para participar como jueces expertos en el estudio. La información para cada ítem, tenía la siguiente instrucción: "Por favor realice su evaluación con una puntuación de 0 a 5 teniendo en cuenta los criterios en la siguiente columna": 1) Pertinente (corresponde con el tema), 2) Coherente (conexión lógica con el tema), 3) Relevante (importante para evaluar el tema), 4) Sintaxis (combinación y ubicación de las palabras y la construcción de las oraciones adecuada al tema), 5) Semántica (palabras adecuadas, significado en cada frase), y 6) Suficiente (bastaba para el tema a evaluar). Se agregó un apartado adicional con pregunta abierta para las observaciones. Para obtener la validez de contenido se utilizó el índice rwg en cada indicador, la tabla 1 presenta los 27 ítems que no presentaron ninguna inconsistencia. Se llevó a cabo la revisión de cada uno de los ítems, siguiendo también las indicaciones sugeridas en la casilla de comentarios del formato para jueces. El IPDP para pilotaje quedó compues-

to por 51 ítems, siete (7) acerca de creencias sobre la muerte y el fallecido, sobre tipos de apego quedaron 10 ítems, acerca de las creencias sobre

el futuro quedaron ocho (8) ítems, en creencias sobre sí mismo 10 ítems y sobre síntomas emocionales quedaron 16 ítems.

Tabla 1.

Medias y desviaciones típicas de los índices de armonía interjueces r_{wg} del IPDP de los 27 ítems (evaluados por 8 jurados expertos) que no presentaron inconsistencias.

Índices de acuerdo										
Ítems	r_{wg}	Pertinencia	r_{wg}	Coherencia	r_{wg}	Relevancia	r_{wg}	Sintaxis	r_{wg}	Semántica
2	0,95		0,97		0,97		0,86		0,85	
5	0,82		0,94		0,94		0,94		0,94	
6	0,78		0,94		0,90		0,84		0,82	
7	0,92		0,99		0,94		0,99		0,94	
8	0,58		0,95		0,90		0,81		0,81	
9	0,59		0,96		0,91		0,91		0,96	
10	0,79		0,98		0,92		0,90		0,92	
11	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
15	0,95		0,98		0,99		0,99		0,99	
16	0,77		0,95		0,83		0,95		0,95	
17	1,00		1,00		0,97		1,00		1,00	
21	0,95		1,00		1,00		1,00		0,98	
22	0,95		0,99		1,00		0,98		0,99	
25	1,00		1,00		1,00		1,00		0,98	
27	0,82		0,99		0,97		0,99		0,97	
31	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
32	0,82		0,97		0,99		0,97		0,97	
34	0,95		1,00		0,97		0,99		0,99	
35	0,65		0,99		0,98		0,99		0,98	
37	0,89		1,00		1,00		0,99		0,99	
39	0,79		0,99		1,00		1,00		0,99	
40	0,80		0,99		0,98		0,98		0,98	
41	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
42	1,00		0,98		1,00		0,97		0,95	
43	0,95		1,00		1,00		1,00		1,00	
45	0,82		0,99		0,99		0,99		1,00	
56	0,67		0,99		0,99		0,99		0,99	

Validez de constructo

La prueba KMO arrojó un valor de 0,953 y la prueba de Bartlett dio un puntaje de 6591,15 significativa ($p < 0,001$), indicadores que permitieron realizar el análisis factorial, el cual dio como resultado

cuatro factores que explicaron el 64,46% de la varianza total. Este análisis se hizo con el método de factores principales. En la Tabla 2 se evidencian los factores y las cargas de cada uno de los 36 ítems que tuvieron cargas factoriales superiores a 0,40 y cargaron en su solo factor.

Tabla 2.
Matriz de componentes rotados.

Ítems Descripción del ítem	Componente			
	1	2	3	4
P5 Desde que falleció deseo intensamente tenerlo/a de nuevo junto a mí.	.772			
P6 Desde que falleció pienso más en Él / Ella	.743			
P10 Lloro la mayor parte del tiempo después de la muerte de Él / Ella	.648			
P11 Mi llanto está directamente relacionado con mi pérdida	.669			
P12 Cuando pienso en cómo se encontrará me siento triste	.565			
P13 Me es difícil revivir los momentos bonitos con él / ella sin sentirme molesto				.447
P14 Cuando recuerdo las características positivas de él / ella siento malestar				.575
P15 La mayoría de mis pensamientos están relacionados con él / ella				.679
P16 Me siento mal cada vez que pienso en las circunstancias de la muerte de Él / Ella				.704
P19 No puedo aceptar que esté muerto				.619
P20 Prefiero pensar que Él / Ella está vivo/a				.615
P22 Sin él / ella no valgo nada				.669
P25 Yo debí morir en lugar de él / ella				.675
P26 Debería estar solo / a después de su muerte				.740
P28 Desde su partida me siento solo / a				.548
P29 Él / Ella murió por mi culpa				.526
P31 Mi futuro ya no tiene sentido sin su presencia				.764
P32 Sin él / ella ya no tiene sentido soñar				.648
P33 Por la muerte de Él / Ella tendré dificultades en mi trabajo				.659
P34 Después de su partida considero que yo no puedo seguir con las cosas que había planeado				.672
P35 Me siento incapaz de vivir mi vida sin él / ella				.808
P36 Deseo mi propia muerte para poder estar a su lado				.808
P37 Prefiero morir a vivir la vida sin Él / Ella				.779
P39 Siento una profunda tristeza en relación con la muerte de Él / Ella				.615
P40 Ninguna de las actividades que realizo las disfruto por pensar en su fallecimiento				.741
P41 Despues de la muerte de Él / Ella disfruto menos lo que antes hacía				.727
P42 Despues de la muerte de Él / Ella río menos				.741
P43 Siento mucha ira por su partida.				.663
P44 Cuando me doy cuenta que estoy sin él / ella me da mucha tristeza				.547
P45 Cuando realizo mis actividades sin él / ella me siento muy molesto.				.680
P46 Desde que falleció Él / Ella duermo menos horas				.703
P47 Me siento agobiado / a por la muerte de Él / Ella				.622
P48 Me siento enfermo / a por la muerte de Él / Ella				.736
P49 Me cuesta trabajo aceptar que Él / Ella ha muerto				.548
P50 Prefiero evitar los lugares donde pasé momentos con Él / Ella				.684
P51 Trabajo sin ganas desde su partida				.762

Los ítems 22, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 evalúan el desarrollo del proyecto de vida luego del fallecimiento, los ítems 5, 6, 10, 11, 12, 15, 16, 19, 20, 28, 39 están relacionados con las respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida, los ítems 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 con las estrategias de afrontamiento y los ítems 13, 14 y 29 con creencias sobre el fallecido (Tabla 2, Matriz de Componentes Rotados).

Tabla 3.

Diferencias de medias, ítem por ítem según grupo (Quienes manifestaron estar pasando por un proceso de duelo Vs quienes afirmaron no estar pasando por este proceso).

	Ítems	SI	NO	t	p
P5	Desde que falleció deseo intensamente tenerlo/a de nuevo junto a mí.	2.73	2.48	1.176	0.24
P6	Desde que falleció pienso más en Él / Ella	2.76	2.52	1.30	0.20
P10	Lloro la mayor parte del tiempo después de la muerte de Él / Ella	2.03	1.42	4.96	0.00
P11	Mi llanto está directamente relacionado con mi pérdida	2.10	1.65	2.59	0.02
P12	Cuando pienso en cómo se encontrará me siento triste	2.24	1.71	2.83	0.00
P13	Me es difícil revivir los momentos bonitos con Él / Ella sin sentirme molesto	2.02	1.48	3.13	0.00
P14	Cuando recuerdo las características positivas de Él / Ella siento malestar	1.78	1.48	2.01	0.04
P15	La mayoría de mis pensamientos están relacionados con Él / Ella	2.11	1.61	3.23	0.00
P16	Me siento mal cada vez que pienso en las circunstancias de la muerte de Él / Ella	2.48	2.06	2.42	0.01
P19	No puedo aceptar que esté muerto	2.28	1.77	2.40	0.02
P20	Prefiero pensar que Él / Ella está vivo/a	2.28	1.65	3.42	0.00
P22	Sin Él / Ella no valgo nada	1.42	1.10	4.19	0.00
P25	Yo debí morir en lugar de él/ella	1.40	1.29	0.69	0.49
P26	Debería estar solo/a después de su muerte	1.39	1.16	1.9	0.06
P28	Desde su partida me siento solo/a	1.76	1.32	3.65	0.00
P29	Él / Ella murió por mi culpa	1.27	1.03	4.11	0.00
P31	Mi futuro ya no tiene sentido sin su presencia	1.38	1.16	2.55	0.13
P32	Sin Él / Ella ya no tiene sentido soñar	1.41	1.03	6.17	0.00
P33	Por la muerte de Él / Ella tendré dificultades en mi trabajo	1.33	1.03	5.28	0.00
P34	Después de su partida considero que yo no puedo seguir con las cosas que había planeado	1.46	1.45	0.05	0.95
P35	Me siento incapaz de vivir mi vida sin Él / Ella	1.31	1.10	2.95	0.00
P36	Deseo mi propia muerte para poder estar a su lado	1.35	1.19	1.58	0.11
P37	Prefiero morir a vivir la vida sin Él / Ella	1.20	1.16	0.35	0.72
P39	Siento una profunda tristeza en relación con la muerte de Él / Ella	3.05	2.74	1.74	0.08
P40	Ninguna de las actividades que realizo las disfruto por pensar en su fallecimiento	2.00	1.77	1.67	0.10
P41	Después de la muerte de Él / Ella disfruto menos lo que antes hacía	2.19	1.96	1.42	0.16
P42	Después de la muerte de Él / Ella río menos	2.09	1.93	0.55	0.58
P43	Siento mucha ira por su partida.	2.48	2.22	1.22	0.22
P44	Cuando me doy cuenta que estoy sin Él / Ella me da mucha tristeza	2.86	2.77	0.45	0.65
P45	Cuando realizo mis actividades sin Él / Ella me siento muy molesto.	2.16	1.64	3.38	0.00

	Ítems	SI	NO	t	p
P46	Desde que falleció Él / Ella duermo menos horas	1.93	1.67	1.50	0.14
P47	Me siento agobiado/a por la muerte de Él / Ella	2.39	2.00	2.13	0.03
P48	Me siento enfermo/a por la muerte de Él / Ella	1.90	1.54	2.46	0.01
P49	Me cuesta trabajo aceptar que Él / Ella ha muerto	2.51	2.31	0.81	0.41
P50	Prefiero evitar los lugares donde pasé momentos con Él / Ella	2.35	1.93	2.04	0.04
P51	Trabajo sin ganas desde su partida	1.79	1.61	1.27	0.21
Total		71.13	60.03	3.87	0.00

Fuente: elaboración propia

La tabla 3 muestra las diferencias entre las medias de los ítems y el puntaje total de la prueba entre las dos poblaciones establecidas según la variable duelo, ante la pregunta “¿se encuentra usted pasando por un proceso de duelo que le presenta mucho dolor?”. Los resultados muestran que de las 36 preguntas, en 20 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias.

Análisis psicométrico del IPDP desde la TRI

Los parámetros de ajuste desde el modelo de Rasch, se evaluaron con las dos medidas que permiten determinar el grado en que los datos se ajustan al modelo, el INFIT y el OUTFIT, indicadores que se definen como una media cuadrática ponderada de residuales, sensible a patrones de

respuesta anormales o inesperados según el modelo; el INFIT hace referencia al ajuste interno y el OUTFIT se explica cómo ajuste externo, el puntaje considerado apropiado o con un ajuste razonable se encuentra entre 0.8 y 1.3 (Martín, Díaz, Córdoba & Picquart, 2011).

Posteriormente se estimó la distribución de las categorías de las respuestas para todos los ítems del IPDP, la figura 1 presenta la distribución gráfica de las cuatro opciones de respuesta de los ítems del primer factor. Se encontró una organizada y adecuada separación, entre las diferentes opciones de respuesta (nivel de rasgo requerido para tener probabilidades de respuesta en el ítem), en todos los ítems de los cuatro factores, aspecto que valida la pertinencia de mantener la escala de respuesta utilizada en la prueba.

Figura 1.
Mapa de las categorías de respuestas en los ítems del Primer Factor del IPDP.

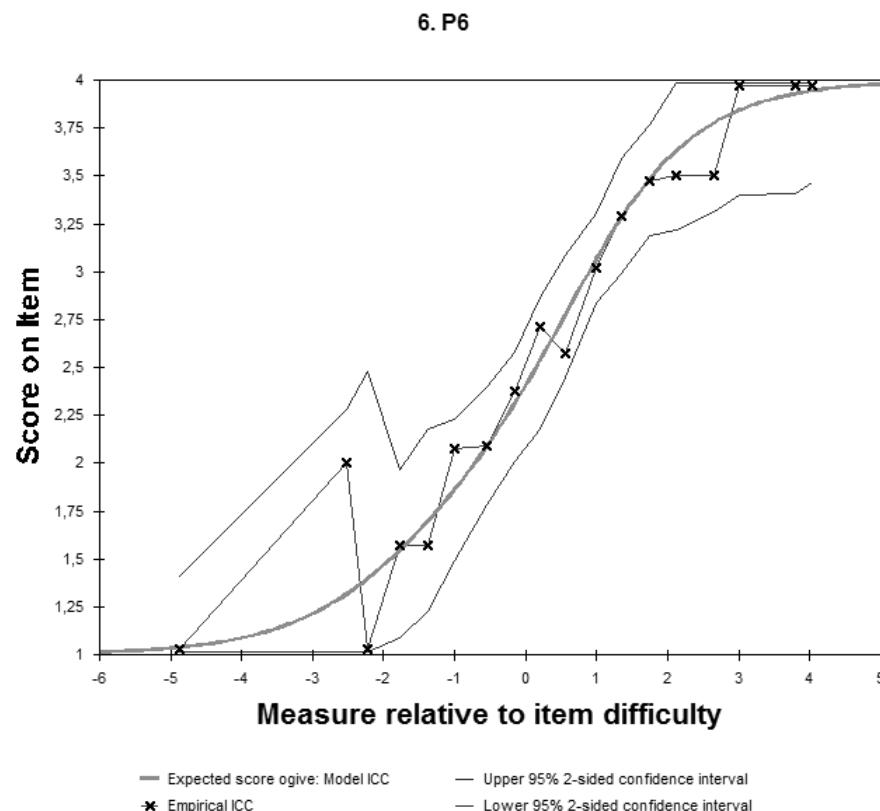
Ítem		Separación			
P33	1	2	3		4
P37		1	2	3	4
P29	1	2	3		4
P35	1	2	3		4
P32	1	2		3	4
P36	1	2	3		4
P31	1		2	3	4
P22	1	2		3	4
P26	1	2	3		4
P27	1		2	3	4
P21	1	2		3	4
P34	1	2	3		4
P25	1	2		3	4

El comportamiento de los ítems también se puede analizar a través de los gráficos que arroja el software. Las figuras 2 y 3, muestran la representación gráfica de un ítem que quedó en la prueba y de un ítem que no fue seleccionado. La figura 2 representa la congruencia entre los patrones de respuesta del ítem 6 y las probabilidades de

respuesta esperadas según el modelo. Se observa que los patrones de respuestas coinciden con las expectativas del modelo (expresadas como probabilidades definidas) entre -1.8 y + 2.0 lógitos aproximadamente. Esta grafica es una representación de cómo trabajó la escala en el ítem 6, en esta muestra (González, 2008).

Figura 2.

Representación gráfica del comportamiento de las respuestas esperadas y observadas, en el ítem 6.

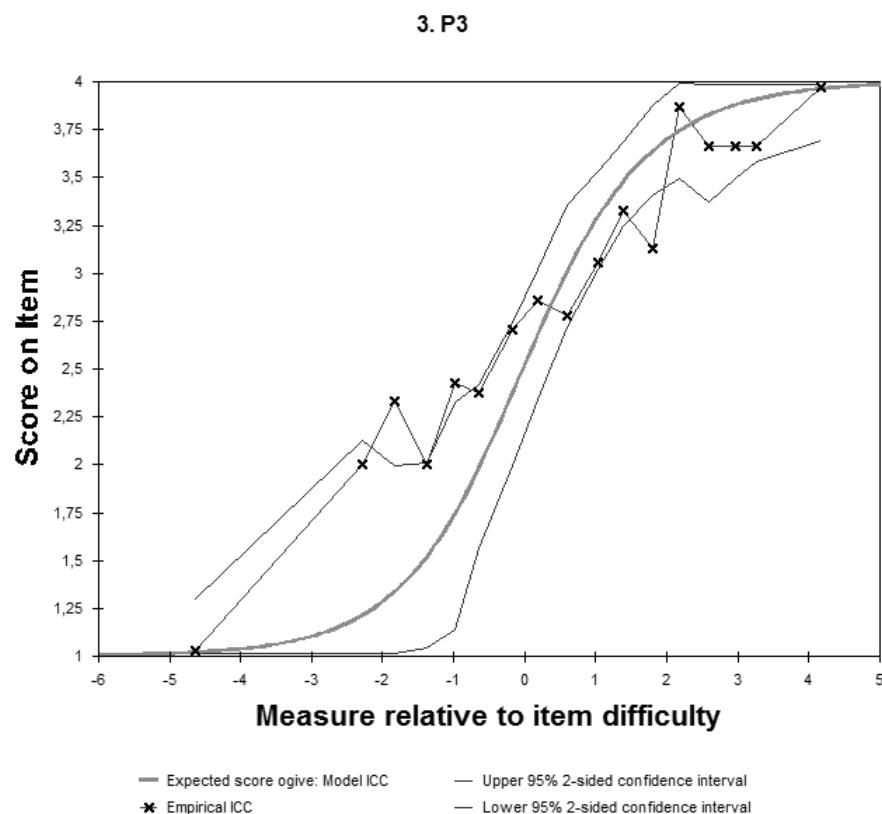


La figura 3 muestra que en el ítem 3 no hay congruencia entre los patrones de respuesta observados en esta muestra y las probabilidades de respuesta esperadas según el modelo, se observa

que los patrones de respuestas no coinciden con las expectativas del modelo. Este ítem no quedó en el instrumento final.

Figura 3.

Representación gráfica del comportamiento de las respuestas esperadas y observadas, en el ítem 3.



Los criterios para eliminar ítems del cuestionario fueron los siguientes: a) desacuerdo entre jueces; b) cargas factoriales inferiores a 0.4 entre las cuatro grandes dimensiones encontradas; c) cargas compartidas en varios factores; d) valores INFIT y OUTFIT por fuera del intervalo (0.8; 1.3) y c) alteración significativa del funcionamiento esperado de las categorías. Si el ítem cumplía cuatro de los cinco criterios, era eliminado. Con base en lo anterior se encontró que los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 17, 18, 21, 23, 24, 27, 30 y 38 debían ser eliminados.

El ítem 1 “él (ella) era mi vida”, se eliminó debido a que su características psicométricas no estaban dentro de lo esperado y luego de ser analizado a la luz de los aspectos teóricos, se determinó que era posible que no permitiera al encuestado visualizar, que una de las dificultades que impiden la elaboración del proceso de duelo está relacio-

nado con el tipo de vinculación establecida con el fallecido, creer que una persona es el sentido de vida para otra limita la independencia y autonomía, dificultando la aceptación de la pérdida y dejando al individuo desvalido (Bowlby, 2001; Ruiz & Cano, 2008).

Por otra parte y de acuerdo con la teoría, una de las pérdidas que representa mayor dolor es la de los hijos, la cual está directamente asociada al tipo de vínculo (Hayslip, Booher, Scoles & Guaraccia, 2007), gran parte de los encuestados presentan pérdida del padre o del abuelo, por tanto dicha pregunta no permitió evaluar la relación con esta variable; es posible que la expresión dada de esta manera no esté directamente relacionada con el miedo a la separación y el sentido de vinculación ansiosa entre el deudo y el fallecido. Se puede afirmar que lo mismo ocurrió con los ítems 2, 3 y 4 con los cuales se pretendía dejar claro el

apego inadecuado como un factor que incrementa el dolor por la dificultad para aceptar la pérdida (Bowlby, 2001; Ruiz & Cano, 2008).

Con los ítems 7, 8 y 9 se pretendía evaluar las creencias relacionadas directamente con el difunto y la muerte, que parten de la creencia de la vida después de la muerte y los sesgos culturales relacionados con los mismos. Dichas creencias para los deudos están relacionadas con el respeto al fallecido y la permanencia del vínculo después de la muerte, lo que obliga a mantener un luto, un lugar, un vínculo, una imagen y una presencia; sin embargo los ítems no puntuaron de manera adecuada, lo cual demuestra que dichas creencias al parecer no se reflejan en el tipo de pregunta formulada o éste no es un sentimiento presente entre los encuestados.

El ítem 17, “considera que él o ella no debió morir de esa manera”, en cuyo planteamiento se buscaba dejar en claro las ideas del deudo frente al tipo de muerte, y las ideas de justicia o injusticia relacionadas con la persona fallecida, no cumplió con los parámetros estadísticos, lo que puede obedecer al porcentaje registrado entre los encuestados, puesto que homicidio y suicidio solo representaron el 13,60% y 3,80%, respectivamente, cifras bajas que indican que no fue un factor presente que alterara la elaboración del proceso de duelo o probablemente, el ítem no expone el temor de injusticia relacionada con la muerte del ser querido y el tipo de muerte, el tipo de muerte aparece como uno de los factores que impide la elaboración de la pérdida (Echeburúa, De Corral, & Amor, 2005; Fonnegra, 1999; Hensley, Slonimski, Uhlenhuth & Clayton, 2009; Kübler-Ross, 1975; Newson, et al, 2011; O'Connor 2007; Rojas, 2005).

El ítem 21 tampoco cumplió con las propiedades psicométricas. Las personas encuestadas no presentaron ideas irrationales relacionadas con la muerte, como un fin inadecuado vinculado con castigo por los eventos realizados en vida, se afirma que aquellas personas que ven la muerte como un castigo, normalmente le temen y esto dificulta la elaboración adecuada del duelo frente a la pérdida (Conde & de Iturrea, 2003; Hayslip et al, 2007;), en este caso el tipo de muerte facilita la

comprensión de la misma como un beneficio para el difunto (Fonnegra, 1999; Hensley et al. 2009; Kübler-Ross, 1975; Newson, et al. 2011; O'Connor 2007; Rojas, 2005). Entre los encuestados el 57.4% refirió que el fallecimiento de su ser querido fue causado por enfermedad, aspecto que de acuerdo con la teoría permite elaborar un duelo anticipado, finalizando con la muerte como el fin del sufrimiento para su ser querido, por tanto, la pregunta en este caso refleja que el dolor por la pérdida no es intenso.

Otro de los ítem eliminados fue el 23, que se refiere al hecho de guardar las cosas del fallecido, es entendido según los teóricos como un acto de evitación, que aplaza la expresión adecuada del dolor frente a la pérdida, se sostiene que el deudo debe dar curso a los elementos que le pertenecían al fallecido luego de llegar a la aceptación como parte de un proceso normal en el que las cosas pueden ser de utilidad para otra persona (Boelen, Stroebe, Schut & Zijerveld, 2006; Chentsova & Zisook, 2005; Field, 2006; Neimeyer, Baldwin & Gillies, 2006). Entre los encuestados, el porcentaje más alto de fallecidos se encuentra entre abuelos con 23,4% y padre 15,7%, es más probable que se guarden objetos de hijos, hermanos y pareja, ya que esta conducta va ligada a la creencia del proyecto de vida y a la edad de fallecimiento del ser querido, así como a la permanencia del vínculo; en este caso la muerte de padre y abuelos es aceptada con mayor facilidad debido a que la edad avanzada, el desarrollo del proyecto de vida y la aceptación de la muerte como el fin de un ciclo, permiten generar distancia en la vinculación con el fallecido y así poder dar curso a las pertenencias de los fallecidos (Kübler-Ross, 1975)

En el caso de los ítems 30 y 38, las creencias están directamente relacionadas con las características del fallecido, la edad y el tipo de muerte. En este estudio, los casos se centraron en un alto porcentaje en personas adultas y fallecimiento tras enfermedad, aspecto que no permitió valorar las anteriores variables. El suicidio, las muertes traumáticas y los fallecimientos de los jóvenes, son factores que agudizan el dolor ante la pérdida y dificultan el proceso de elaboración del duelo.

Los ítems restantes se agruparon convenientemente de acuerdo con los criterios encontrados en las investigaciones, como los factores que impiden una elaboración normal del proceso de duelo. Los ítems 22, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 evaluaban el desarrollo del proyecto de vida, las dificultades que el individuo presenta para reajustar su proyecto de vida y darle continuidad al mismo con un sentido propio e independiente del fallecido. Este factor como lo afirman De Castro y Angarita (2002) y Rodríguez, Ruiz, y Restrepo (2004) se ve alterado por diferentes ideas distorsionadas tras la pérdida de un ser querido al perder soporte, lo cual genera sentimientos de minusvalía e impotencia para continuar con la vida.

Los ítems 5, 6, 10, 11, 12, 15, 16, 19, 20, 28, 39, 44 reflejan las respuestas emocionales frente al dolor causado por la pérdida de un ser querido; dicha respuesta se considera patológica cuando altera el desarrollo adecuado del proyecto de vida, el reajuste a sus actividades cotidianas, el restablecimiento de los roles habituales o la adquisición de nuevos roles, de manera intensa y durante períodos de tiempo prolongados (Newson et al., 2011; Simon, et al., 2008; Zuckoff, et al., 2006).

Las estrategias de afrontamiento se agruparon en los ítems 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51. Dichos ítems evidencian los estilos de afrontamiento de los individuos ante la pérdida de un ser querido (Hayslip et al., 2007), que muestran como el individuo perpetúa el dolor a partir de la evitación o la actitud pasiva frente al proceso de duelo, dejando que permanezcan las creencias inadecuadas y dolorosas frente a la pérdida.

Los ítems 13, 14 y 29 reflejan las creencias que los deudos tienen de las personas fallecidas las cuales aumentan el dolor y pueden estar ligadas al rol que cumplía el fallecido, a las condiciones del mismo después de la muerte y a los pensamientos del mismo sobre las conductas de los deudos (Newson, et al., 2011; Prigerson et al., 2008, como se citó en Maccallum & Bryant 2011; Simon, et al., 2008).

Los ítems eliminados según los estadígrafos mostraron similitud en su contenido con otros ítems, lo que podría presentar confusión en el evaluado al no saber cómo responder.

Discusión

Se cumplió el objetivo propuesto, elaborar una prueba para evaluar duelo patológico y realizar el análisis psicométrico de la misma. Se establecieron los parámetros psicométricos, como la consistencia interna que se halló con el alfa de Cronbach, la validez de contenido con la valoración de los expertos y a través del índice rwg y la validez de constructo con el análisis factorial exploratorio. Adicionalmente se analizó el ajuste de los ítems al modelo de Rasch.

La teoría revisada permitió identificar los componentes propios de la manifestación del duelo, estos componentes están relacionados con ciertos aspectos específicos como factores personales, tipo de muerte, rol del fallecido y tipo de vínculo; pero para determinar duelo patológico se establecen algunos criterios relacionados con el tiempo, la intensidad de la expresión emocional y las creencias distorsionadas, que permiten distinguir esta manifestación de otro tipo de patología (Maccallum & Bryant, 2011; Metzger & Matt 2008; Newson, et al, 2011;; Simon, et al, 2007).

Dichas distinciones muestran algunos atributos propios de los deudos que posibilitan la prolongación del duelo y dificultan la elaboración de este proceso, convirtiéndolo en un duelo patológico. Entre estas particularidades se destacan la dificultad del doliente para reintegrarse a la vida cotidiana, los recuerdos permanentes, la interpretación y el manejo cultural que le da a la pérdida, aspectos que tienen que ver básicamente con la edad del fallecido, el vínculo, el tipo de muerte, en especial cuando es inesperada o trágica y con variables psicosociales como inestabilidad emocional previa y experiencias negativas de pérdidas anteriores (Echeburúa et al., 2005).

Estos parámetros permitieron, junto con los resultados arrojados por los análisis estadísticos, agrupar los criterios de respuesta en cuatro factores, desarrollo del proyecto de vida, respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida, estrategias de afrontamiento y creencias sobre el fallecido, los cuales exhiben los síntomas que presentan las personas en procesos de duelo patológico entre las que se pueden destacar, pensamientos

intrusivos –que se presentan en la mente sin control– acerca del fallecido, “Punzadas” de dolor incontrolable por la separación y añorar intensamente al fallecido o recordar su ausencia con una enorme y profunda tristeza. Así mismo, estar confundido acerca de cuál es su papel en la vida, o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo, tener dificultad para aceptar la realidad de la pérdida, tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto, sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento, estar amargado o enfadado con relación al fallecimiento, sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas), sentirse frío e insensible –emocionalmente plano– desde el fallecimiento, sentirse frustrado en la vida, sentir que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido, sentirse como “atontado”, aturrido o commocionado. Los anteriores síntomas pueden durar hasta tres (3) meses luego del fallecimiento, pero si la duración es superior a este tiempo, ya no se puede considerar una manifestación normal a la pérdida y estos síntomas pueden causar un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (Prigerson et al., 2007).

A pesar de no contar con población clínica, las diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por las personas que manifestaron estar pasando por un proceso de duelo y quienes manifestaron no estar viviendo esa situación, es un indicio de la calidad del instrumento ya que se logró diferenciar aspectos relacionados con el duelo patológico en personas que tras un periodo prolongado de duelo presentan las características anteriormente enunciadas.

Limitaciones

No disponer de población clínica que tuviera el diagnóstico de un profesional en psicología o psiquiatría, ya que las instituciones contactadas que contaban con personas en proceso de duelo, se negaron a prestar su población para el estudio, manifestando razones de tipo ético, aspecto comprensible. Por esta razón, el instrumento se aplicó a personas que argumentaban estar pasando por

un proceso de duelo que hubiera complicado el reajuste a sus actividades cotidianas y referían inconvenientes para superarlo. Aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que manifestaron estar pasando por un proceso de duelo y quienes no lo están pasando, el no contar con esta población impidió el establecimiento de un punto de corte que facilite la interpretación del IPDP.

En el actual manual diagnóstico DSM V no aparece la clasificación para duelo patológico. Esta situación ha puesto en alerta a la comunidad científica que ha realizado diferentes investigaciones en el tema de duelo y específicamente en el de duelo patológico; aspecto que ha originado confusión en algunos casos ya que según los criterios para duelo, este debe considerarse como un trastorno depresivo, lo que impide una adecuada evaluación y tratamiento (Maccallum & Bryant, 2011; Metzger & Matt 2008; Newson et al., 2011; Simon et al, 2007).

Como línea de investigación se plantea aplicar el instrumento final a la población clínica y determinar la favorabilidad de este en la evaluación de los componentes relacionados con duelo patológico.

Referencias

- Acheburúa, E. (2007). ¿Cuándo el Duero es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50.
- Analía, C. (2009). El hombre ante la Muerte: Una Mirada Antropológica: Recuperado el 18 de junio de 2009, de <http://www.socargcancer.org.ar/evt/arc/El%20hombre%20ante%20la%20muerte.pdf>
- Barrera, M, Mammone, N, Schneiderman, G, Tallett, S, Spencer, L, & Jovcevska, V. (2007). Patterns of Parental Bereavement Following the Loss of a Child and related Factors. *Omega*, 55(2). 145-167.
- Boelen, P.A., Stroebe, M.S., Schut, H.A., & Zijerveld, A.M. (2006). Continuing bonds and grief: A prospective analysis., *Death Stud*, 30(8). 767-776.

- Bowlby, J. (2001). *Una Base Segura, Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Barcelona: Paidos.
- Briggs, C, & Pehrsson, D, (2008). Use of bibliotherapy in the treatment of grief and loss: A guide to current counseling practices. *Adult Span Journal*, 7(1), 32-42.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 163-176.
- Caycedo, M. (2007). La Muerte en la Cultura Occidental: Antropología de la Muerte. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 36(2), 332-339.
- Chentsova, Y., & Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death Studies*, 29(10). 877-903. <https://doi.org/10.1080/07481180500298826>
- Conde, E. & de Iturreta, L. (2003). Reacciones emocionales en el cine: El caso de la muerte. *Comunicar*, marzo 19(20),168-172.
- Corredor, A. (2002) Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal, *Revista Colombiana de Psicología*, 10(11), 35-55.
- De Castro, A., & Angarita, C. (2002). Cara a cara con la muerte: Buscando el sentido. *Psicología desde el Caribe*, 9, 1-19.
- Echeburúa, E, De Corral, P, & Amor, P. (2005). *La Resistencia Humana Ante Los Traumas y el Duelo*. Recuperado el 01 de 06 de 2009, de <http://www.ehu.es/yvwcaroa/doc/sovpa XIV-curso/Capitulo18.pdf>
- Field, N. (2006). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Introduction *Death Studies*, 30(8). 709-714. <https://doi.org/10.1080/07481180600848090>
- Fonnegra, I. (1999). *De Cara a la Muerte*. Santafé de Bogotá: Intermedio Editores.
- González, M. (2008). *El Análisis de Reactivos con el Modelo Rasch. Manual Técnico A. Serie: Medición y Metodología*, Universidad de Sonora, México. Recuperado de: <http://www.winsteps.com/a/recursos-offline.pdf>
- Hayslip, B, Booher, S, Scoles, M, & Guarnaccia, C. (2007). Assessing adults' difficulty in coping with funerals. *Omega*, 55(2). 93-115.
- Hensley, P., Slonimski, C., Uhlenhuth, E., & Clayton, P. (2009). Escitalopram: An open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 142-149. Doi: 10.1016/j.jad.2008.05.016
- Instituto Nacional de Medicina Legal (2014). División de Referencia de Información Pericial DRIP [Documento en Línea]. Extraído el 17 de abril de 2014 desde: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60
- Krueger, G. (2005). Meaning Making in the Aftermath of Sudden Infant Death Syndrome. *Nursing Inquiry*, 13(3). 163-171. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00318.x>
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Grijalbo Mondadori, S.A.
- Lacasta, M, & García, E, (2009). *Guías médicas*. Recuperado el 01 de 02 de 2009, de http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1
- Macallum, F. & Bryant, R.A. (2011). Autobiographical memory following cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 26-31.
- Martín, N., Díaz, C., Córdoba, G., & Picquart, M. (2011) Calibración de una Prueba Química por el modelo de Rasch. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(2), 132-148. URL: <http://redie.uabc.x/vol13ncontenido-martin-diazetal.html>

- Metzger, P. & Gray, M. J. (2008). End-of-life communication and adjustment pre-loss communication as a predictor of bereavement-related outcomes. *Death Studies*, 32(4). 301-25. doi: 10.1080/07481180801928923.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Hatzipli, I., & Galanos, A. (2008). The experience of hopelessness in a population of Greek cancer patients receiving palliative care. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 262-271.
- Neimeyer, R., Baldwin, S., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating Complications in Bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715-738.
- Newson, R., Boelen, P., Hek, K., Hofman, A., & Tielemans, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 231-238. Doi: 10.1016/j.jad.2011.02.021.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos Ir con Amor*. México: Trillas.
- Parada, L. M. (2007). Duelo por muerte súbita desde el enfoque apreciativo: Una opción de vida desde la pérdida. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 3(1), 55-65.
- Pedro, M. (2013). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Documento disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P., (2007). Prolonged Grief Disorder: a case for inclusion in DSM-V. En: Stroebe M, Hansson R, Schut H, Stroebe W, eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Rodríguez, M., Hortega de Frutos, E., & Benítez, M. (2001). Modalidad terapéutica en el duelo. *Revista Psiquiatría.com*. Recuperado el 10 de 11 de 2009, de <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20/1925/?+interactivo>
- Rodríguez, A. C., Ruiz, R. Y., & Restrepo, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 90-101.
- Rojas, P. (2005). *El manejo del duelo*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Ruiz, S. & Cano, S. (2008). *Manual de Psicoterapia Cognitiva Aplicaciones clínicas: Elementos Básicos*. Recuperado el 20 de 05 de 2008, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/libros/Manual/manua10.htm>
- Simon, N., Shear, K., Tompson, E., Zalta, A., Perlman, C. ... & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals. *Comparative Psychiatry*, 48(5), 395- 399.
- Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., & Daley, D. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 205-211