
EL DUELO: LA RESPUESTA EMOCIONAL ANTE LA PERDIDA

GRIEF: THE EMOTIONAL RESPONSE TO LOSS

DULCE CAMACHO REGALADO
Asociacion Alaia Madrid

e-mail: informa@alaia-duelo.com

RESUMEN

La muerte de un ser querido implica un impacto a nivel físico, psicológico, emocional y social en la vida de las personas. Este trabajo se ha centrado en el estudio de la ansiedad, la depresión, la ira y el duelo como variables psicológicas presentes en el proceso de duelo. Se ha pretendido asimismo analizar el efecto de factores como la edad del fallecido, las circunstancias de la muerte, el tipo de relación afectiva con el fallecido y el parentesco en la respuesta emocional ante la pérdida de un ser. Se ha analizado también si las variables psicológicas de depresión, ansiedad e ira podían predecir el desarrollo de duelo complicado. Para el estudio, se seleccionó una muestra compuesta por 48 personas que habían sufrido la pérdida de un hijo, el cónyuge, un hermano o un progenitor. Los resultados muestran que el vínculo afectivo influye significativamente en la sintomatología de duelo, así como en la aparición de mayores niveles de ira. En cuanto a la influencia de la edad del fallecido en las variables psicológicas, los resultados muestran diferencias sig-

ABSTRACT

The death of a loved one involves physical, psychological, emotional and social impact on the lives of the people. This work has focused on the study of anxiety, depression, anger and grief as psychological variables present in the grief process. Also, we have tried to analyze the effect of factors such as the age of the deceased, the circumstances of the death, the type of emotional relationship with the deceased and kinship in the emotional response to the loss of a loved one. It has been analyzed whether psychological variables of depression, anxiety and anger could predict the development of complicated grief. For the study, we selected a sample composed of 48 people who had suffered the loss of a child, spouse, sibling or a parent. The results show that the affective link significantly influence the symptoms of grief, as well as the emergence of higher levels of anger. In terms of the influence of the age of the deceased in the psychological variables, the results show significant differences only in relation to anxiety, while regarding the circumstances of the death and

nificativas únicamente en relación con la ansiedad, mientras que respecto a las circunstancias de la muerte y el parentesco no aparecen diferencias significativas. Por último, los resultados de este estudio muestran que un nivel alto de sintomatología de duelo predice la aparición de depresión.

PALABRAS CLAVE

Duelo, Ansiedad, Depresión, Ira, Culpa, Duelo complicado.

the kinship do not appear significant. Finally, the results of this study show that a high level of symptomatology of duel predicts the onset of depression.

KEY WORDS

Grief, Anxiety, Depression, Anger, Guilt, Complicated grief.

INTRODUCCIÓN

El duelo se define como la reacción adaptativa normal en el ser humano ante la pérdida de un ser querido (García-García, Landa Petralanda, Trigueros Manzano y Gaminde Inda, 2001). El término duelo proviene del latín “dolus” y significa “dolor”. Para Freud (1967), el duelo hace referencia a la pérdida del objeto amado. Bowlby (1980) utiliza el término duelo para referirse a los procesos psicológicos, conscientes o inconscientes, que una pérdida pone en marcha. Para Payás (2010), el duelo es la respuesta natural a la pérdida de una persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo.

Diversos factores pueden afectar a la evolución adecuada del proceso de duelo y constituyen un riesgo de complicación del duelo. Entre ellos cabe destacar las circunstancias de la muerte, la edad del fallecido, el género y la edad del doliente, el parentesco y la relación afectiva con el fallecido.

En cuanto a las circunstancias de la muerte, las pérdidas inesperadas, como suicidio, accidente, catástrofes naturales, enfermedades repentinas como infarto o la muerte súbita, son las que más influyen en el curso del duelo. Bacqué y Hanus (2000) afirman que existe una mayor probabilidad de padecer trastorno por estrés postraumático en el caso de muertes inesperadas y violentas que en otros tipos de duelo, como se ha comprobado también en estudios más recientes (Shirai *et al.*, 2010; Morina *et al.*, 2010).

Otra variable que influye en la evolución del proceso de duelo es la edad del fallecido. Las consideradas *muertes fuera de tiempo* (Neimeyer, 2002), como la muerte de un niño o un joven, constituyen un factor de riesgo de complicación del

duelo porque contradicen el ciclo de la vida. Gamino *et al.* (1998), en un estudio llevado a cabo con 74 personas en duelo, encontraron que la edad del fallecido es uno de los tres factores, junto con la calidad de la relación y los antecedentes de trastornos mentales, asociados a un mayor nivel de sufrimiento durante el proceso de duelo: cuanto menor es la edad del fallecido, mayor intensidad de sufrimiento experimenta el doliente.

En relación con el doliente, diversos autores consideran que la edad de la persona en el momento de la pérdida influye en la evolución del proceso de duelo. En su estudio, Van den Berg, Lindeboom y Portrait (2011) encontró que el duelo por la muerte del cónyuge en la vejez conlleva la pérdida de hasta el 12% de la esperanza de vida y disminuye la proporción de años saludables. Cabe señalar, sin embargo, que los mecanismos de adaptación desarrollados ante las múltiples pérdidas previas favorecen, en algunos casos, una especie de acomodación natural, después del periodo de impacto inicial (Gamo y Pazos, 2009).

En lo que se refiere al género como factor que afecta al proceso de duelo, se han encontrado diferencias significativas entre padres y madres que han sufrido la pérdida de un hijo debido al cáncer en un estudio llevado a cabo por Alam *et al.* (2012): los padres se centraban más en su trabajo, mientras que las madres concentraban su esfuerzo en el cuidado y atención de los otros hijos y asimismo expresaban reacciones de duelo más intensas que los padres. En otro estudio Dyregrov y Gjestad (2011), realizado con 285 mujeres y hombres que habían sufrido la muerte de un hijo, los resultados mostraron diferencias de género en las reacciones y percepciones en la sexualidad tras la pérdida: los hombres reanudan la actividad sexual antes que las mujeres, y éstas tienen más dificultades para experimentar placer.

La relación de parentesco con el fallecido es otra de las variables que influyen en la evolución del duelo. La muerte de un hijo ha sido descrita como un trauma psicológico y una experiencia destructiva para los padres (Kitson, 2002; Samuelsson, Rådestad y Segesten, 2001). Las respuestas a la muerte de un hijo incluyen shock e incredulidad, fuertes reacciones emocionales, síntomas somáticos y dificultades en la interacción social, implicando un desafío al sentido de la vida (Aho *et al.*, 2006). Por su parte, Tizón (2004) afirma que la pérdida del padre, la madre o un hermano en la infancia constituye un factor de riesgo de complicación del duelo, mientras que la pérdida de un progenitor en la edad adulta provoca menos dificultades.

Otro factor que puede afectar al proceso de duelo es la calidad de la relación afectiva con el fallecido, como sugieren los resultados de un estudio sobre duelo complicado en supervivientes de suicidio (Mitchell *et al.*, 2004). Las personas que habían sufrido la pérdida por suicidio de un ser querido con el que tenían una relación muy estrecha presentaban un mayor riesgo de duelo complicado, así

como más probabilidades de desarrollar problemas de salud física y mental en el futuro que aquellas cuya relación con el fallecido no era tan cercana.

En el duelo emergen emociones que tienen muchas similitudes con las que aparecen en la depresión. Tizón (2004) afirma que la manifestación psicopatológica más típica en la elaboración del duelo es la depresión. Turvey *et al.* (1999), en un estudio con personas viudas de más de 70 años, encontraron que la pérdida de la pareja aumenta hasta nueve veces la posibilidad de padecer una depresión.

La ansiedad es otra variable psicológica muy frecuente en el duelo, sobre todo en los primeros tiempos tras la pérdida. Parkes (1998) sugiere que la ansiedad es la respuesta más común en el duelo. Para Tizón (2004), la ansiedad en el duelo proviene, por un lado, de la separación que la pérdida implica, y por otro, de que la pérdida hace revivir en el doliente la ansiedad ante la propia muerte.

Otra emoción habitual en el duelo es la ira o la rabia. Para Drenovsky (1994), la ira es una respuesta natural y típica ante la muerte de alguien significativo, aunque se considera una reacción socialmente inaceptable. En su estudio para analizar los factores determinantes de los sentimientos de ira de los padres en duelo y explorar el impacto de la ira sobre la depresión, los resultados mostraron que el hecho de que la muerte fuera repentina aumentaba la probabilidad de que un padre experimentara ira.

En el proceso de duelo la culpa aparece con mucha frecuencia y se manifiesta en forma de autorreproches. Field y Filanosky (2009) consideran que la culpa que genera la creencia de que la persona podría haber evitado la muerte de su ser querido puede ser un factor de riesgo de complicación del duelo. Por su parte, Miles y Demi (1992) llevaron a cabo un estudio para evaluar la frecuencia de aparición de sentimientos de culpa en 132 personas que habían sufrido la pérdida de un hijo y compararon las experiencias de culpabilidad de éstas teniendo en cuenta las circunstancias de la muerte. Los resultados mostraron que los sentimientos de culpa aparecían en un 92% de las personas en duelo por el suicidio de su hijo, en un 78% de los padres en duelo por accidente, y en un 71% de los padres en duelo por enfermedad crónica.

Teniendo en cuenta todo lo descrito anteriormente en relación con el proceso de duelo y los factores y variables que pueden afectar a su evolución, en el presente estudio nos hemos planteado tres objetivos:

1. Describir las variables que caracterizan la respuesta emocional en el proceso de duelo por la muerte de un ser querido.
2. Explorar el efecto de factores como el parentesco, las circunstancias de la muerte, la edad del fallecido y la relación afectiva sobre el duelo y la respuesta emocional ante la pérdida.
3. Explorar la respuesta emocional asociada a la pérdida de un ser querido que predice el duelo complicado.

MÉTODO

Participantes

Para el presente estudio, se seleccionó una muestra compuesta por 48 personas que asisten a un Centro de Atención al Duelo tras haber sufrido la pérdida de un ser querido, de los cuales el 31% eran varones y el 69% mujeres, con una media de edad de 49,9 años (DT = 13,2). De los participantes del estudio, 29 personas (60,4%) habían perdido a un hijo/a y el 39,6% restante habían sufrido la pérdida del cónyuge, un progenitor, un hermano/a o un amigo/a. Para el análisis de datos, teniendo en cuenta la mayoritaria presencia en la muestra de personas que habían perdido a un hijo/a, estas categorías se agruparon en 2: hijo/a y otros.

El tiempo transcurrido desde la pérdida oscilaba entre 2 meses y 5 años, siendo el porcentaje más elevado (50%) el de personas que han sufrido la pérdida en los últimos 12 meses, seguido del porcentaje de aquellos que habían perdido a su ser querido en el año anterior al estudio. En cuanto a las circunstancias de la muerte, en el 50% de los casos el fallecimiento se había producido a causa de una enfermedad, en el 35,4% en accidente (de tráfico, doméstico, etc.) y en el restante 14,6% por suicidio. En relación con la variable de relación afectiva con el fallecido, el 85% afirmaba haber tenido una relación muy cercana con su ser querido fallecido, mientras que en el 14,6% de los restantes la relación había sido menos estrecha.

Instrumentos

- Cuestionario para recabar datos como la edad, el sexo, la fecha del fallecimiento, la edad del fallecido, la relación de parentesco, el vínculo afectivo, las circunstancias de la muerte, etcétera.
- *Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)*, para evaluar el nivel de sintomatología de duelo, elaborado por Thomas Faschingbauer (1981) a partir del estudio de una población de 260 dolientes de Estados Unidos, y que posteriormente fue replicado por otro estudio con 328 sujetos. El ITRD consta de 2 escalas clínicas tipo Likert: una (parte I) de 8 ítems referida a los sentimientos y la conducta del doliente en el tiempo inmediato al fallecimiento, con una puntuación que oscila entre 8 y 40, y otra (parte II) de 13 ítems referida a los sentimientos actuales y cuya puntuación oscila entre 13 y 65. Para la selección de los ítems se utilizó el análisis factorial, en el cual resultaron relevantes dos factores y se eliminaron todos los ítems que no

saturaban 0,40 o más a cualquiera de ellos, dando como resultado los 21 ítems de que consta el ITRD. La fiabilidad, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, era alta: de 0,77 para la parte I y de 0,86 para la parte II. La validez de constructo explorada era la validez factorial y por hipótesis. En el factorial se diferenciaron claramente dos factores correspondientes a la parte I y II. La validez por hipótesis se constató presuponiendo que si la parte I del ITRD mide el constructo duelo, los valores deberían ser más altos en muertes de personas activas, por ejemplo viudas dependientes económicamente o la muerte de un adulto joven, y que sería peor el duelo en personas que no habían ido a funeral; y se verificaron los tres supuestos en los resultados. Para comprobar la parte II se plantearon las siguientes hipótesis: que los sentimientos actuales disminuirían con el tiempo, que los hombres expresarían menos sentimientos, y que el duelo sería más intenso cuanto más próximo es el grado de parentesco; también se verificaron estas hipótesis en los resultados. Finalmente se combinó parte I y II presuponiendo más quejas somáticas en el duelo prolongado o retardado, pero en este caso aparecieron más quejas somáticas en el duelo ausente, con lo que no se verificó la hipótesis. Posteriormente, García-García *et al.* (2005) llevaron a cabo una adaptación del ITRD al castellano, en un trabajo con 118 personas que habían enviudado en los tres años anteriores al estudio. Respecto a la fiabilidad de esta adaptación, los coeficientes alfa de Cronbach de las 2 escalas del ITRD fueron de 0,75 y 0,86, respectivamente. En cuanto a la validez factorial, todos los ítems menos uno ofrecieron saturaciones $> 0,40$ a los 2 factores extraídos de la rotación varimax. Y en relación con la validez por hipótesis, las escalas del ITRD mostraron diferencias ($p < 0,05$) entre los dolientes según lo esperado o inesperado del fallecimiento, el lugar donde ocurrió la muerte y el tiempo transcurrido desde ésta. Y, finalmente, en cuanto a la validez convergente, las 2 escalas del ITRD correlacionaron positivamente ($p < 0,05$) con todas las escalas clínicas del Inventario de Experiencias en Duelo de Sanders *et al.* (1985) y García-García *et al.* (2001). En su trabajo, los autores llegaron a la conclusión de que, en la evaluación del duelo por la muerte del cónyuge, el ITRD adaptado al castellano es tan fiable y válido como el original.

- *Inventario de Duelo Complicado (IDC)*, elaborado por Prigerson *et al.* (1995) con el objetivo de facilitar el diagnóstico diferencial entre duelo normal y duelo patológico mediante una escala estandarizada. Consta de 19 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert, que evalúan la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y

cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre”. Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. La escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0,80. Según los autores, una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. Este inventario ha sido adaptado al castellano por Limonero, Lacasta, García-García y Prigerson (2009), que evaluaron las propiedades psicométricas del inventario en una muestra de 87 personas en duelo. Según los resultados, el análisis de consistencia interna mostró un alfa de Cronbach del IDC adaptado al castellano de 0,88, y una fiabilidad test-retest de 0,81. Del análisis factorial del IDC adaptado al castellano resultaron 3 factores que explicaron el 50,2% de la varianza del IDC total, y la correlación del IDC con la escala de Beck de ansiedad fue 0,24 y 0,43 con la de depresión. El IDC presenta correlaciones positivas con 9 subescalas del Inventario de Duelo Complicado que oscilan entre 0,21 y 0,31. Los resultados obtenidos muestran que el IDC adaptado al castellano presenta adecuadas propiedades psicométricas, similares a la versión original.

- *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)*, (Beck *et al.*, 1996) cuyo objetivo es identificar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en relación con los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos que propone el DSM-IV (APA, 1994) y consta de 21 ítems. En este estudio se ha empleado la versión española del BDI-II desarrollada por Sanz *et al.* (2003), cuyas propiedades psicométricas han sido examinadas tanto en muestras de estudiantes universitarios (Sanz *et al.*, 2003) y de pacientes con trastornos psicológicos (Sanz *et al.*, 2005), como en una muestra de adultos de la población general española (Sanz *et al.*, 2003), obteniendo en todos los casos índices adecuados de fiabilidad y validez similares a los obtenidos con la versión original. En la muestra de este trabajo, se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92, que puede considerarse excelente según los criterios de Prieto y Muñiz (2000) para valorar los índices de fiabilidad de consistencia interna.
- *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*, de Spielberger *et al.* (1970), en la versión adaptada a la población española por Spielberger *et al.* (1982). Este instrumento consta de 40 ítems, la mitad de los cuales pertenecen a la subescala Estado, constituida por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento, y la otra mitad, a la subescala Rasgo, que identi-

fican cómo se siente la persona habitualmente. Las propiedades psicométricas de esta escala han sido revisadas por Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011), a partir de una muestra de 1.036 adultos. Estos autores realizaron un análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach (0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado). También realizaron una reducción factorial con unos resultados similares a los de la adaptación original. Comprobaron asimismo si existía funcionamiento diferencial de ítem por sexo y sólo una de las 40 preguntas mostró problemas. Por último, realizaron comparaciones t-Student con los valores de la adaptación; mientras el rasgo varía en 1 punto, el estado tiene diferencias de hasta 6 puntos. Con estos resultados se observa que el STAI mantiene unas adecuadas propiedades psicométricas y que ha sido sensible al aumento de estímulos ambientales que producen estrés. En el presente estudio se ha utilizado únicamente la subescala Rasgo del STAI porque se pretendía evaluar el factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad.

- *Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo 2 (STAXI-2)*, de Spielberger (1999), en la versión adaptada a la población española por Spielberger *et al.* (2001). El STAXI-2 es un instrumento de autoinforme de 49 ítems que se contestan en escalas de tipo Likert de 4 puntos (de 1 a 4) y que incluye diferentes escalas para medir distintas facetas del constructo de ira: ira como estado y rasgo, y diferentes estilos de expresión y control de la ira. En este estudio sólo se ha utilizado la escala de Ira Rasgo, que evalúa la tendencia a percibir situaciones diferentes como enojosas o frustrantes y a responder a las mismas con un nivel elevado de ira. Todas las escalas de la adaptación española del STAXI-2 presentan índices de fiabilidad y validez adecuados y similares a los obtenidos por la versión original (Spielberger *et al.*, 2001). En la muestra de este trabajo, la escala de Ira Rasgo obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,86, el cual, según los criterios de Prieto y Muñiz (2000), puede considerarse un índice de fiabilidad de consistencia interna excelente.

Procedimiento

Para la selección de la muestra se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de edad y haber perdido a un ser querido al menos 30 días antes de incorporarse al estudio, y como criterio de exclusión, padecer un trastorno psicológico grave. El procedimiento seguido para la recogida de datos ha sido la entrega y posterior recogida del cuestionario *ad hoc* y las cinco escalas descritas ante-

riormente a la población objeto del estudio. Previamente a los sujetos se les habían dado instrucciones claras para la cumplimentación de estos inventarios. Todos los sujetos de la muestra participaron en el estudio de forma voluntaria y anónima, respetándose así la confidencialidad, después de haberles explicado el objetivo del estudio.

RESULTADOS

Para alcanzar el primer objetivo de este estudio, esto es, describir las variables que caracterizan la respuesta emocional en el proceso de duelo por la muerte de un ser querido, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de las escalas que miden dichas variables: el ITRD y el IDC para la variable de duelo; el BDI-II para la variable de depresión; el STAI para la variable de ansiedad, y el STAXI para la variable de ira. En la Tabla 1 se muestran los resultados: en relación con el nivel de sintomatología de duelo (ITRD), la media obtenida fue de 85,98 (\pm 13,846). Con respecto al nivel de duelo complicado (IDC), la media fue de 40,83 (\pm 14,332). En lo que se refiere a la depresión (BDI-II), la media obtenida fue de 22,71 (\pm 11,888). Para la ira (STAXI), la media fue de 20,06 (\pm 6,009), y para la ansiedad (STAI), media de 39,42 (\pm 8,215).

Tabla 1. *Resultado del estudio descriptivo*

	N	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍP.	VARIANZA
ITRD	48	54	48	102	85,98	13,846	191,723
IDC	48	50	12	62	40,83	14,332	205,418
BDI-II	48	48	2	50	22,71	11,888	141,317
STAXI 2	48	34	10	36	20,06	6,009	36,102
STAI	48	26	23	57	39,42	8,215	67,482
N válido (según lista)	48						

Por otro lado, con el fin de explorar la relación entre estas variables, se llevó a cabo un análisis de correlación mediante Rho de Spearman para las escalas de duelo, ira, depresión y ansiedad. Como se puede apreciar en la Tabla 2, se ha encontrado correlación estadísticamente muy significativa ($p < .01$) entre el ITRD y el BDI-II (0,728), el IDC (0,859) y el STAI (0,543). Por su parte, el IDC correla-

ciona también muy significativamente ($p < .01$) con el BDI-II (0,650) y con el STAI (0,527). Como se puede observar en los resultados, existe una relación muy significativa entre el duelo (ITRD e IDC), la depresión (BDI-II) y la ansiedad (STAI), aunque no así con la ira (STAXI).

Asimismo se ha encontrado correlación significativa ($p < .01$) entre el BDI-II y el STAI (0,658**), y una asociación con una significación más moderada ($p < .05$) con el STAXI (0,302*). Por último, se ha encontrado una correlación significativa ($p < .01$) entre el STAXI y el STAI (0,451**).

Tabla 2. *Correlaciones. Escalas ITRD, IDC, BDI-II, STAI y STAXI*

RHO DE SPEARMAN					
	ITRD	IDC	BDI-II	STAI	STAXI
ITRD	1,000	,859**	,728**	,543**	,111
IDC	,859**	1,000	,650**	,527**	,100
BDI-II	,728**	,650**	1,000	,658**	,302*
STAI	,543**	,527**	,658**	1,000	,451**
STAXI	,111	,100	,302*	,451**	1,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Por otro lado, para alcanzar el segundo objetivo de nuestro trabajo, explorar el efecto de factores como el parentesco, las circunstancias de la muerte, la edad del fallecido y la relación afectiva sobre el duelo y la respuesta emocional ante la pérdida, se realizó un ANOVA para determinar si la variable tipo de muerte explicaba la varianza de las variables dependientes: ansiedad, ira, depresión y duelo. Los datos obtenidos muestran que los tipos de muerte estudiados: enfermedad, accidente y suicidio, no influyen en las variables de ansiedad, ira, depresión y duelo, puesto que no se ha encontrado diferencia de medias entre dichos tipos de muerte (Tabla 3).

Tabla 3. *Análisis de varianza de ansiedad, ira, depresión y duelo en función del tipo de muerte*

		N	MEDIA	F	Sig.
ITRD	Enfermedad	24	88,04	,790	,460
	Accidente	17	85,24		
	Suicidio	7	80,71		
	Total	48	85,98		

Tabla 3. *Análisis de varianza de ansiedad, ira, depresión y duelo en función del tipo de muerte (continuación)*

		N	MEDIA	F	Sig.
IDC	Enfermedad	24	42,29	,797	,457
	Accidente	17	41,35		
	Suicidio	7	34,57		
	Total	48	40,83		
BDI-II	Enfermedad	24	23,42	,126	,882
	Accidente	17	21,53		
	Suicidio	7	23,14		
	Total	48	22,71		
STAI	Enfermedad	24	41,04	1,753	,185
	Accidente	17	39,12		
	Suicidio	7	34,57		
	Total	48	39,42		
STAXI	Enfermedad	24	19,54	,305	,739
	Accidente	17	20,18		
	Suicidio	7	21,57		
	Total	48	20,06		

Asimismo, se llevó a cabo un ANOVA para determinar si la variable edad del fallecido explicaba la varianza de las variables dependientes: ansiedad, ira, depresión y duelo. Los datos obtenidos muestran que la edad del fallecido influye en la variable de ansiedad ($p < .009$; $\eta^2 = .18$, $P = .804$), mientras que no afecta a las variables de ira, depresión y duelo (Tabla 4).

Tabla 4. *ANOVA de ansiedad, ira, depresión y duelo en función de la edad del fallecido*

		N	MEDIA	F	Sig.
ITRD	0 - 20 años	12	78,67	2,830	,070
	21 - 60 años	28	87,32		
	> 61 años	8	92,25		
	Total	48	85,98		
IDC	0 - 20 años	12	33,75	2,682	,079
	21 - 60 años	28	41,86		
	> 61 años	8	47,88		
	Total	48	40,83		
BDI-II	0 - 20 años	12	20,58	,248	,782
	21 - 60 años	28	23,39		
	> 61 años	8	23,50		
	Total	48	22,71		

Tabla 4. ANOVA de ansiedad, ira, depresión y duelo en función de la edad del fallecido (continuación)

		N	MEDIA	F	Sig.
STAI	0 - 20 años	12	34,75	5,203	,009
	21 - 60 años	28	39,57		
	> 61 años	8	45,88		
	Total	48	39,42		
STAXI	0 - 20 años	12	18,58	,724	,490
	21 - 60 años	28	20,18		
	> 61 años	8	21,88		
	Total	48	20,06		

Como se puede observar en la Tabla 5, las pruebas post-hoc muestran diferencias significativas en ansiedad en relación con la edad del fallecido, con una significación de 0,007, en el caso de las personas cuyo ser querido fallecido tenía más de 61 años.

Tabla 5. Comparaciones múltiples de la ansiedad en función de la edad del fallecido

HSD DE TUKEY							
VARIABLE DEPENDIENTE	(I) EDAD FALLECIDO	(J) EDAD FALLECIDO	DIFERENCIA DE MEDIAS (I-J)	ERROR TÍPICO	SIG.	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
						LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
STAI	0-20 años	21-60 años	-4,821	2,611	,166	-11,15	1,51
		> 61 años	-11,125*	3,453	,007	-19,49	-2,76
	21-60 años	0-20 años	4,821	2,611	,166	-1,51	11,15
		> 61 años	-6,304	3,033	,106	-13,65	1,05
	> 61 años	0-20 años	11,125*	3,453	,007	2,76	19,49
		21-60 años	6,304	3,033	,106	-1,05	13,65

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Asimismo, se realizó un análisis no paramétrico para determinar si la variable parentesco explicaba la varianza de las variables dependientes: ansiedad, ira, depresión y duelo. Los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < ,043$) entre las medias en ansiedad en función del parentesco con el fallecido. No se hallaron diferencias significativas en depresión, duelo e ira (Tabla 6).

Tabla 6. Prueba U de Mann-Whitney de ansiedad, ira, depresión y duelo en función del parentesco

	ITRD	IDC	BDI-II	STAI	STAXI
U de Mann-Whitney	230,000	244,000	261,000	179,500	198,000
W de Wilcoxon	420,000	434,000	696,000	614,500	633,000
Z	-,960	-,664	-,306	-2,027	-1,638
Sig. asintót. (bilateral)	,337	,506	,760	,043	,101

a. Variable de agrupación: PARENTESCO

Por otro lado, se realizó un análisis no paramétrico para determinar si la variable relación afectiva explicaba la varianza de las variables dependientes: ansiedad, ira, depresión y duelo. Como se puede comprobar en la Tabla 7, se encontraron diferencias estadísticamente muy significativas ($p < ,009$) entre las medias en sintomatología de duelo (ITRD) en función de la relación afectiva con el fallecido. Asimismo aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < ,046$) en relación con la ira (STAXI), mientras que en depresión (BDI-II), ansiedad (STAI) y duelo complicado (IDC) no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 7. Prueba U de Mann-Whitney. Análisis no paramétrico de ansiedad, ira, depresión y duelo en función de la relación afectiva

	ITRD	IDC	BDI-II	STAI	STAXI
U de Mann-Whitney	54,500	83,000	80,000	127,500	75,500
W de Wilcoxon	82,500	111,000	108,000	155,500	936,500
Z	-2,602	-1,768	-1,856	-,468	-1,991
Sig. asintót. (bilateral)	,009	,077	,063	,640	,046

Para alcanzar el tercer objetivo de este trabajo, es decir, explorar la respuesta emocional asociada a la pérdida del ser querido que predice el duelo complicado, se llevó a cabo una regresión lineal simple, a fin de comprobar si la depresión, la ansiedad y la ira podían predecir una mayor sintomatología de duelo. En dicho análisis de regresión simple se eligió como variables independientes el BDI-II (depresión), el STAI (ansiedad) y el STAXI (ira) y como variable dependiente el ITRD.

En el análisis de regresión se observa que la variable independiente BDI-II explicaría un 50,4% de la variable dependiente duelo (ITRD), es decir, que tendría

un nivel alto de predicción. Las variables STAI y STAXI han quedado excluidas. Los datos obtenidos se muestran en las tablas 8 y 9.

Tabla 8. *Resumen del modelo. Análisis de regresión para BDI-II, STAI y STAXI*

MODELO	R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍP. DE LA ESTIMACIÓN
1	,717a	,514	,504	9,753

a. Variables predictoras: (Constante), BDI-II

Tabla 9. *Coefficientes. Análisis de regresión para BDI-II, STAI y STAXI*

MODELO		COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS		COEFICIENTES TIPIFICADOS	T	SIG.
		B	ERROR TÍP.	BETA		
1	(Constante)	67,008	3,061		21,895	,000
	BDI-II	,835	,120	,717	6,981	,000

a. Variable dependiente: ITRD

Por último, para comprobar si la depresión, la ansiedad y la ira podían predecir un duelo complicado, se realizó una regresión lineal simple, en la que se eligió como variables independientes el BDI-II, el STAI y el STAXI y como variable dependiente el IDC.

Como muestran las tablas 10 y 11, en el análisis de regresión se observa que la variable independiente BDI-II explicaría un 42,2% de la variable dependiente duelo complicado, es decir, que tendría un nivel alto de predicción. Las variables STAI y STAXI han quedado excluidas.

Tabla 10. *Resumen del modelo. Análisis de regresión para BDI-II, STAI y STAXI*

MODELO	R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍP. DE LA ESTIMACIÓN
1	,659a	,434	,422	10,897

a. Variables predictoras: (Constante), BDI-II

Tabla 11. *Coefficientes. Análisis de regresión para BDI-II, STAI y STAXI*

MODELO		COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS		COEFICIENTES TIPIFICADOS	T	SIG.
		B	ERROR TÍP.	BETA		
1	(Constante)	22,793	3,420		6,665	,000
	BDI-II	,794	,134	,659	5,941	,000

a. Variable dependiente: IDC

DISCUSIÓN

La muerte de un ser querido es un acontecimiento vital extremadamente estresante, que antes o después han de afrontar todos los seres humanos. Según las escalas de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967) y Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend (1994), la muerte de un hijo/a y la muerte del cónyuge son considerados los hechos vitales más estresantes a los que debe hacer frente una persona. En estudios llevados a cabo en España se ha comprobado que un tercio de las consultas que se llevan a cabo en los centros de atención primaria tiene origen psicológico y que una cuarta parte de éstas se identifica como resultado de algún tipo de pérdida (Bayés, 2001). En otro estudio realizado también en España en atención primaria (López *et al.*, 2001), la tasa promedio anual de consultas en el centro de salud resultó ser un 80% mayor entre las personas que han sufrido una pérdida que en el resto de la población.

El objetivo del presente estudio era, en primer lugar, describir las variables que caracterizan la respuesta emocional en el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido. Después se ha explorado el efecto que factores como el grado de parentesco con el fallecido, las circunstancias de la muerte, la edad del fallecido y la relación afectiva con el mismo podían tener sobre el duelo y la respuesta emocional asociada. Por último, se ha querido analizar si las variables psicológicas de depresión, ansiedad e ira podían predecir el desarrollo de duelo complicado.

En relación con el primer objetivo, los resultados del estudio descriptivo muestran unas puntuaciones moderadas en todas las escalas, aunque en el IDC (duelo complicado), la puntuación es algo más elevada, lo que posiblemente tenga que ver con el hecho de que la muestra utilizada en el estudio está compuesta exclusivamente por población clínica. Estos resultados coinciden con estudios que indican la presencia en las personas que han sufrido la pérdida de una persona

significativa de elevados niveles de duelo complicado frente a factores como la depresión o la ansiedad (Harper, 2010).

Por otro lado, se han encontrado relaciones significativas entre el duelo, medido con las escalas ITRD e IDC, la depresión (BDI-II) y la ansiedad (STAI), aunque no así con la ira (STAXI).

Con respecto al objetivo de explorar el efecto de factores como el parentesco, las circunstancias de la muerte, la edad del fallecido y la relación afectiva sobre el duelo y la respuesta emocional asociada a la pérdida, se ha encontrado que las circunstancias en que se produjo el fallecimiento (enfermedad, accidente y suicidio) no influyen en el aumento de los niveles de ansiedad, ira o depresión ni en la sintomatología de duelo, ni en la aparición de síntomas de duelo complicado. Estos resultados contrastan con los hallados en el estudio de Grabowski y Frantz (1993), que concluye que las muertes inesperadas desencadenan un duelo más intenso que aquellas que se producen tras una larga enfermedad, que de alguna manera se consideran “muertes anunciadas”, en las que el duelo se amortigua en parte por la anticipación. También contrastan con las conclusiones de otro estudio (Keesee *et al.*, 2008) respecto a que la causa de la muerte es un factor de riesgo objetivo que predice significativamente la intensidad del duelo complicado.

En cuanto a la posible influencia de la edad del fallecido en las variables psicológicas, los resultados muestran diferencias significativas únicamente en relación con la ansiedad, apareciendo mayores niveles de ansiedad en las personas cuyo ser querido fallecido tenía más de 61 años.

En función del parentesco con el fallecido, se han encontrado diferencias significativas en relación con la ansiedad, pero no así en cuanto a su incidencia en los niveles de duelo, depresión e ira. También en este caso los resultados de este estudio contrastan con otros hallados en otro trabajo (Bermejo *et al.*, 2011), en el que los resultados concluían que las personas que habían perdido a su cónyuge puntuaban más alto en el IDC que aquellas que habían perdido a uno de sus progenitores.

Por otro lado, en cuanto a si la variable relación afectiva podía influir en las variables ansiedad, ira, depresión y duelo, los resultados obtenidos muestran diferencias muy significativas en relación con la sintomatología de duelo en función del vínculo afectivo con el fallecido. Asimismo se han encontrado diferencias significativas en relación con la ira, mientras que no se han hallado diferencias en depresión, ansiedad y duelo complicado en función de la relación afectiva con el ser querido fallecido. Estos resultados coinciden con los de otros estudios (Mitchell *et al.*, 2004), en los que se concluía que las personas que tenían una relación

muy estrecha con su ser querido presentaban un mayor riesgo de duelo complicado, así como más probabilidades de desarrollar problemas de salud mental, que aquellas cuya relación con el fallecido no era tan cercana.

Con respecto al tercer objetivo del presente trabajo, explorar en qué medida la respuesta emocional asociada a la pérdida de un ser querido predice una mayor sintomatología de duelo y el desarrollo de un duelo complicado, los resultados muestran que un nivel alto de sintomatología de duelo predice la aparición de depresión. Estos resultados coinciden con los de otro estudio (Harper, 2010), en el que se encontraron niveles altos de depresión en padres/madres que habían sufrido la pérdida de un hijo, aunque se concluía que el duelo y la depresión son dos constructos separados y diferenciados.

Por otro lado, según los resultados obtenidos, el duelo no parece predecir unos niveles elevados de ansiedad o ira, esta última muy presente en la depresión. Esto no coincide con estudios como el de Weiss (1993), que sugieren que, en el caso de muertes no anticipadas y traumáticas, las personas suelen experimentar elevados niveles de ansiedad debido a la reexperimentación intensa del trauma.

Los resultados han mostrado asimismo que la depresión tiene un nivel muy alto de predicción de la aparición de duelo complicado, mientras que no ocurre lo mismo con la ansiedad y la ira.

No se han encontrado diferencias entre lo que predice el duelo y lo que predice el duelo complicado, luego consideramos que habrá otras variables, como el apoyo social, la resiliencia, el estilo de afrontamiento, problemas económicos, etc., no relacionadas con la emocionalidad básica que puedan diferenciar la gravedad del duelo. Trabajos como el de Barreto *et al.* (2008) apuntan a que la existencia de problemas económicos es un indicador de factor de riesgo de duelo complicado, mientras que, en ese mismo estudio, se concluyó que la resiliencia es un factor protector frente al duelo complicado.

Como limitación del presente estudio cabe señalar el número no muy representativo de la muestra. Por otro lado, los resultados de este trabajo pueden estar sesgados por la selección de la muestra. Por ejemplo, el hecho de que las personas que han perdido a un progenitor presenten puntuaciones más elevadas en ansiedad que las que han perdido a un hijo, cuando ese tipo de pérdida se considera menos traumática, puede deberse a que aquéllas tuvieran dificultades anteriores a la pérdida, como una relación de dependencia con el fallecido o un trastorno mental previo. Asimismo, el hecho de que la totalidad de la muestra fuera clínica puede haber sesgado los resultados, por lo que se hace necesaria más investigación con muestra no clínica.

REFERENCIAS

- Aho, A. L., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P. y Kaunonen, M. (2006). Father's grief after the death of a child. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 647-663.
- Alam, R., Barrera, M., D'Agostino, N., Nicholas, D. B. y Schneiderman, G. (2012). Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer. *Death Studies*, 36 (1), 1-22.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico*. Barcelona: Masson.
- Bacqué, M. F. y M. Hanus. (2000). *Le deuil*. París: PUF.
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5 (2-3), 383-400.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R. y Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22 (88), 85-95.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L.; Askenasy, A. R. y Dohrenwend, B. P. (1994). The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. En J. E. Mezzich, *Psychiatric epidemiology* (págs. 401-436). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Drenovsky, C. K. (1994). Anger and the desire for retribution among bereaved parents. *Omega - Journal of Death and Dying*, 29 (4), 303-312.
- Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston: Honeycomb Publishing.
- Field, N. P. y Filanosky, Ch. (2009). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34 (1), 1-29.
- Freud, S. (1967). Duelo y melancolía. En *Obras completas, tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gamino L. A., S. K. (1998). Cott & White Study: An empirical test of predictors of intensified mourning. *Death Studies*, 22 (4), 333-355.

- Gamo, E. y P. Pazos. (2009). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX (104), 455-469.
- García-García, J. A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. C., Gaminde Inda, I. (2001). Inventario de Experiencias de Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27 (2), 86-93.
- García-García, J. A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. C., Gaminde Inda, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35 (7), 353-358.
- Grabowski, J. y Franz, T. T. (1992-1993). Latinos and anglos: cultural experiences of grief intensity. *Omega*, 26, 273-285.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State/Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23 (3), 510-515.
- Harper, M. (2010). *Outcomes and coming following parental bereavement*. Stirling, Escocia: Departamento de Psicología. Universidad de Stirling.
- Holmes, H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Keesee, N., Currier, J. y Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (10), 1.145-1.163.
- Kitson, C. (2002). Fathers experienced in stillbirth as a waste of life and needed to protect their partners and express grief in their own way. *Evid Based Nurs*, 5 (2), 61.
- Limonero García, J. T., Lacasta Reverte, M. A., García-García, J. A., Maté Méndez, J. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 16 (5), 291-297.
- López, M.; Ela, M.; Bartolomé, N., Gómez, J. & García-García, J.A. (2001). Is the use of the health care system increased by grief? *7th Congress of the European Association for Palliative Care*, 157.
- Miles, M. S. y Demi, A. S. (1992). A comparison of guilt in bereavement parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. *Omega - Journal of Death and Dying*, 24 (3), 203-215.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G. y Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25 (1), 12-18.

- Morina, N., V. Rudari, G. Bleichhardt, H. G. Prigerson. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal Social Psychiatry*, 56, 288-297.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Parkes, C. M. (1998). The dying adult. *British Medical Journal*, 316, 1.313-1.315.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Barcelona: Paidós.
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, CH. F., Bierhals, A. J., Newson, J. T. et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Samuelsson, M., Rådestad, I. y Segesten, K. (2001). A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28 (2), 124-130.
- Sanders, C. M., Mauger, P. A. y Strong, P. N. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. North Carolina: The Center for the Study of Separation and Loss.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Shirai, A., S. Nakajima, S. Maki, B. Tatsuno y S. Konishi. (2010). Complicated grief and posttraumatic stress disorder among bereaved adults following violent death in Japan: prevalence and risk factors. *Rinsho Seishinigaku*, 39, 1.053-1.062.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

- Spielberger, C. D., Miguel Tobal, J. J., Casado, M. I. y Cano Vindel, A. . (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo 2 - STAXI-2*. Madrid: TEA.
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.
- Van den Berg, G. J., M. Lindeboom y F. Portrait. (2011). Conjugal bereavement effects on health and mortality at advanced ages. *Journal of Health Economics*, 30, 774-794.
- Weiss, R. (1993). Loos and recovery. En M. Stroebe, R. O. Hansson, & W. Stroebe, *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (págs. 271-284). Cambridge: Cambridge University Press.

