

## Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia\*

### General state of health and psychosocial profile of healthy or exceptional elderly of Santander, Colombia

Margie Stefania Quintero Mantilla

Ara Mercedes Cerquera Córdoba\*\*  
Universidad Pontificia Bolivariana,  
Bucaramanga, Colombia

Recibido: 6 de julio de 2017  
Revisado: 31 de agosto de 2017  
Aceptado: 2 de octubre de 2017

#### Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el estado de salud general y perfil biopsicosocial de un grupo adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander. La muestra estuvo compuesta por 50 adultos mayores autopercebidos como sanos, de un rango de edad de 75 años en adelante y pertenecientes a las diferentes provincias del departamento. Se emplearon como instrumentos el *Mini-Mental State Examination*, la Escala de *Barthel*, el Cuestionario de salud general de *Goldberg* y el *Mini nutricional Assesment*. En los resultados encontrados se evidenciaron medias altas en el nivel cognitivo, independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), estado nutricional y buena autopercepción de salud mental, bienestar psicológico general, funcionamiento social y afrontamiento. Esto evidencia un perfil biopsicosocial alto, relacionado a factores diferenciales en este grupo de adultos con elevado nivel de longevidad, lo cual abre paso a la exploración de las dimensiones positivas

\* Artículo de investigación. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.08>

\*\* Correspondencia: Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Decana de la Escuela de Ciencias Sociales, Líder de la línea Calidad de Vida en la Tercera edad, Docente Asociada, Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga. Dirección Postal: Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, Km. 7 Autopista a Piedecuesta, Oficina H - 210 Floridablanca, Colombia. Correo electrónico: ara.cerquera@upb.edu.co

en los adultos clasificados como viejos-viejos; y además brinda una evidencia de la posibilidad de envejecer exitosamente, con salud y calidad de vida.

**Palabras clave:** Vejez, adulto mayor, envejecimiento saludable, salud, biopsicosocial.

## Abstract

This study aimed to evaluate overall health and biopsychosocial profile of a healthy or exceptional elderly group in Santander, Colombia. The sample consisted of 50 self-perceived healthy older adults, with ages 75 and older, and coming from different provinces of Santander. Data were collected with the Mini-Mental State Examination, the Barthel Scale, Goldberg's General Health Questionnaire and the Mini nutritional Assessment. Results showed high means in the cognitive dimension, independence in Activities of daily living (ADLs), nutritional status and good self-rated mental health, general psychological well-being, social functioning and coping. This suggests a high biopsychosocial profile, related to differential factors in this group of adults with high level of longevity, which opens the way to exploring the positive dimensions in older adults, and it also provides evidence of the possibility of successful, healthy life in old age with a good quality of life.

**Keywords:** Older age, elderly, healthy aging, health, biopsychosocial.

## Introducción

La vivencia del envejecimiento, con sus múltiples cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Castañedo, García, Noriega & Quintanilla, 2007), continúa siendo una experiencia, que si bien subyace a todos los seres humanos de manera individual y diferencial (Guerrini, 2010), sigue distante de la realidad y próxima a estereotipos, siendo aún poco posible en la sociedad el asociar la vejez con términos como salud, bienestar y productividad.

Es así como gran parte de las investigaciones acerca de la vejez están centradas en la comprensión y afrontamiento del proceso de enfermedad; contemplando a ésta como una etapa de irreversibilidad y limitando el alcance, en su mayoría, a programas que favorecen la calidad de vida a adultos mayores con condiciones crónicas, dependencia física y/o neurocognitiva. Sin embargo, estas referencias teóricas se fundamentan en “la noción biomédica, donde salud es el estado de funcionamiento óptimo del cuerpo” (Araya, 2007, p.9) y en donde la prioridad es atender las condiciones patológicas y de discapacidad a nivel de salud pública, pero no se trabaja en la exploración

de la porción de la población que envejece bien y “exitosamente”.

El paradigma del envejecimiento saludable surge como una alternativa investigativa e interventiva, la cual ha cobrado gran importancia en la última década y ha comenzado a generar múltiples aportes en la comprensión de fortalezas y factores protectores en la vejez, dimensionando que en esta se puede incentivar el desarrollo de potencialidades y recursos que no estaban presentes en etapas anteriores (Lombardo, 2013).

En concordancia, la nueva concepción del Envejecimiento Activo que emerge en las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud (2002), se centra fundamentalmente en la calidad de vida, bienestar físico, psíquico, afectivo, interpersonal y social. Siendo así, un proceso multidimensional relacionado a una baja probabilidad de enfermedad, ausencia de discapacidad, alto funcionamiento físico, mental y alta participación social (López, 2013).

De esta manera, la salud de un adulto mayor no debería medirse en presencia/ ausencia de enfermedad sino en términos de “funcionalidad”,

siendo ésta, según la OMS (1982) uno de los principales factores determinantes del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit sino en “mantención de la capacidad funcional”, que corresponde a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social (Sanhueza, Castro & Merino, 2012).

En respuesta a esto, el presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar el estado de salud general y perfil biopsicosocial de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander. Con lo cual, se pretende generar un reporte de los niveles de funcionalidad, estado cognitivo, bienestar psicológico general, funcionamiento social y nutrición de la muestra, de forma que se contextualicen estas variables, aportando una visión salutogénica y centrada en la potencialidad de la adultez mayor en el municipio.

## Método

### Diseño

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional transversal y de alcance descriptivo.

### Participantes

Se seleccionó una muestra por conveniencia e intencional de 50 adultos mayores, pertenecientes a las 6 provincias del departamento de Santander, abarcando así 13 municipios.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: (a) ausencia de limitaciones incapacitantes de tipo sensorial o psicológico; (b) rango de edad de 75 años en adelante, cohorte considerada como viejos-viejos, adaptación realizada en relación a la esperanza de vida del departamento proyectada para el año 2015-2016 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005); (c) autopercepción saludable y/o ser funcionalmente activo para realizar actividades básicas de la vida

diaria; (d) consentimiento de participación y firma de autorización para la aplicación del protocolo del estudio.

## Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos y variables personales

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein y Cols (1975), adaptación colombiana de Rosselli et al. (2000): Prueba que mide el rendimiento cognoscitivo, evaluando orientación en el espacio, tiempo y lugar; memoria de fijación reciente, atención, cálculo y lenguaje. Posee una consistencia interna de un alfa de Cronbach que oscila entre 0.82-0.84.

Escala de *Barthel* (Modificación de Granger, Albrecht & Hamilton et al., 1979) Es un cuestionario heteroadministrado compuesto con 15 ítems tipo Likert subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado con una puntuación máxima de 53 puntos, y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92. (Cid-Ruzafa & Moreno, 1997).

Cuestionario de salud general de *Goldberg* GHQ-12, adaptación al español y validación de Villa, Zuluaga y Restrepo, (2013): Es un cuestionario para evaluar salud auto percibida, es decir, la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere bienestar psicológico y funcionamiento social-afrentamiento (Flores et al, 2013). En el análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach, presenta una consistencia interna y validez de 0.84 (Villa, Zuluaga, Restrepo, 2013).

*Mini nutricional Assesment* (MNA) de Guigoz, et al., (1997) adaptación de Barrera, Castillo, Martín, Torrado, Cifuentes y Rodríguez (2008): Es un instrumento útil, rápido, fácil y fiable (sensibilidad del 96% y especificidad del 98%) que permite evaluar el estado nutricional y de salud del adulto mayor. La MNA asigna el sujeto a una

categoría nutricional según el puntaje recibido en sus 4 componentes: Mediciones antropométricas, evaluación global del estilo de vida, (incluida la medicación y la autonomía), hábitos dietéticos y alimentarios, y autopercepción de la salud y el estado nutricional (Cuyac & Santana, 2007).

### Procedimiento

Para llevar a cabo la recolección de información y posterior análisis de resultados, la investigación se dividió en las siguientes fases:

- a. **Fase previa:** Proceso inicial de exploración y rastreo de la información. En esta fase se contactaron en su mayoría, vía e-mail o telefónicamente a coordinadores, directores y/o representantes de centros día y asociaciones del adulto en los diversos municipios, identificando que en este tipo de programas se encuentran mayor porcentaje de adultos autovalentes y con los criterios establecidos. Así mismo, en adultos mayores no pertenecientes a ninguna institución el primer contacto se realizó vía telefónica, realizando cuestiones referentes a la participación en el estudio y el estado de salud física, cognitiva y psicológica percibido. Posteriormente, se realizó la delimitación de la muestra.
- b. **Fase de aplicación:** Inicialmente se brindó a los adultos mayores una explicación de los objetivos del estudio, instrumentos, beneficios y condiciones de participación, diligenciando el respectivo consentimiento informado del protocolo de la investigación, diseñado y empleado de acuerdo a la Ley 1090 de 2006 del Congreso de la República de Colombia. A continuación, se llevó a cabo la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos y el protocolo de pruebas.
- c. **Fase de análisis:** Para la ejecución de esta fase se empleó el software de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 y la aplicación Microsoft Excel(v.15.0) de Microsoft Office 2013, realizando los procesos de tabulación, sistematización y análisis mediante gráficas y figuras, dando a conocer los resultados y conclusiones obtenidas a nivel departamental y nacional.

### Consideraciones éticas

Se hace fundamental destacar que se aplicaron los principios de confidencialidad, condiciones éticas y demás disposiciones suscrita en la Ley 1090 del 2006 la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Así mismo, esta investigación se enmarca en un macroproyecto de caracterización de los estilos de vida y perfiles psicosociales de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander, en la promoción y prevención del envejecimiento patológico, del año 2016, avalado por el Comité de Trabajos de grado de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga.

### Resultados

Inicialmente, en relación a la distribución por provincia de la muestra de adultos mayores sanos que hicieron parte del estudio, se encontró una mayor representación de adultos de las provincias de Soto (32%), seguido por Comuneros (20%) y menor en adultos de las provincias de Vélez (10%) y García Rovira (8%).

Así mismo, en la Tabla 1, se reporta que la edad media en los adultos mayores de la muestra fue de 82,34 años (DE=6,5) lo que correspondió efectivamente a una muestra clasificada en la categoría viejos-viejos y con un mayor porcentaje de adultos en un rango de edad entre los 75 a 84 años. En cuanto al género, más de la mitad de la muestra fueron hombres, en su mayoría casados, de estratos entre 2 y 3. Así mismo, en cuanto al nivel de escolaridad un 40% de los adultos realizaron su primaria pero no la culminaron y un 24% no tuvieron ningún estudio. Sin embargo, un 12% manifestó tener estudios universitarios.

De acuerdo a la situación laboral, un porcentaje alto afirmó estar inactivo (64%). Entre las ocupaciones más ejercidas en la mayor parte de la vida de los adultos y de acuerdo a la Clasificación

Internacional Uniforme de Ocupaciones adaptada a Colombia CIUO-88 A.C (DANE, 2005) se encontró que un 32% de la muestra se desempeñaron como “Trabajadores no calificados” y un 24% ejerció en ocupaciones agrupadas en la categoría “Agricultores, trabajadores y obreros, agropecuarios, forestales y pesqueros”, destacando que un 12% fueron “Profesionales universitarios, científicos e intelectuales”.

Por otra parte, en relación a la función familiar, un 58% de la muestra vive con otras personas con las cuales no tiene ningún lazo de consanguinidad o está en condición de institucionalización, encontrándose en variables personales adicionales, que un 60% de los adultos sanos duermen entre 7-8 horas; afirmando además un 66% haber consumido, ya sea ocasionalmente o de forma constante, alcohol y/o tabaco.

Tabla 1.  
*Datos sociodemográficos y variables personales de una muestra de adultos mayores sanos de Santander.*

Adultos mayores saludables (A.M) N=50		
<b>Edad A.M</b>		
Media		82,34
Desviación estándar		6,552
Varianza		42,923
	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Rango edad A.M</b>		
De 75 a 84 años	34	68
De 85 a 94 años	12	24
De 95 años o más	4	8
<b>Género</b>		
Masculino	29	58
Femenino	21	42
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Estrato 1	5	10
Estrato 2	22	44
Estrato 3	15	30
Estrato 4	8	16
<b>Estado civil</b>		
Soltero (a)	15	30
Casado (a)	20	40
Divorciado (a)	3	6
Viudo (a)	11	22
Unión libre	1	2
<b>Escolaridad</b>		
Sin estudios	12	24
Primaria sin terminar	20	40
Primaria completa	7	14

<b>Adultos mayores saludables (A.M) N=50</b>		
	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Secundaria sin terminar	2	4
Secundaria completa	2	4
Universitarios	6	12
Otros	1	2
<b>Situación laboral</b>		
Activo (a)	6	12
Jubilado (a)	12	24
Inactivo (a)	32	64
<b>Ocupación según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88 A-C)</b>		
Fuerza pública	1	2
Miembros del poder ejecutivo, legislativo y /o administrativo	1	2
Profesionales universitarios, científicos e intelectuales	6	12
Técnicos, postsecundarios no universitarios	1	2
Trabajadores de servicios y vendedores	3	6
Agricultores, trabajadores y obreros, agropecuarios, forestales y pesqueros	12	24
Oficiales, operarios, artesanos y trabajadores de la construcción y minería	5	10
Operadores de instalaciones de máquinas y ensambladores	5	10
Trabajadores no calificados	16	32
<b>Función familiar</b>		
Solo	4	8
Familia de origen	4	8
Familia nuclear	13	26
Otros	29	58
<b>Patrón del sueño y descanso (Posibles Trastornos)</b>		
Menos de 5.5 horas	17	34
De 7-8 horas	30	60
Más de 9 horas	3	6
<b>Consumo de alcohol y/o tabaco</b>		
Si	15	30
No	17	34
En pocas ocasiones	18	36

Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, se presentan los resultados del análisis de la batería de pruebas:

Tabla 2.  
Puntuación instrumentos en la muestra de adultos mayores sanos.

Pruebas	Media	Desviación estándar
Puntuación Mini-Mentar State Examination	26,68	3,401
Puntuación Índice Barthel	98,32	7,988
Puntuación Golbert Global	6,86	6,854
Puntuación Mini-Nutricional Assesment	23,83	4,069

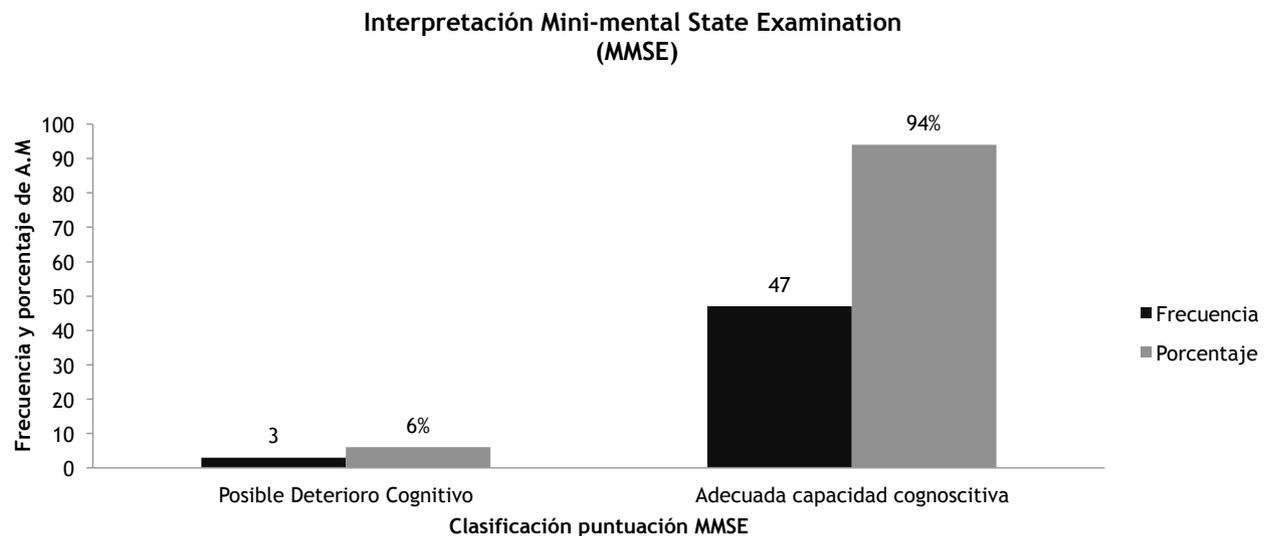
Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 se evidencian las puntuaciones promedio con sus respectivas desviaciones estándar

de las pruebas de estado cognitivo, funcionalidad física, salud mental y estado nutricional.

En general, la muestra de adultos mayores puntuó cognitivamente apta con una media alta en la escala del MMSE de 26,68 ( $Z = 3,401$ ). Por otro lado, en cuanto al Índice de Barthel se encontraron elevados niveles de independencia en las actividades de la vida diaria, evidenciado en una media de 98,32 ( $Z = 7,988$ ), denotándose además, buen comportamiento muestral en la prueba de autopercepción de salud mental en lo concerniente a bienestar psicológico, funcionamiento social y afrontamiento con una media de 6,86 ( $Z = 6,85$ ), teniendo en cuenta que la clasificación para la autor es de 0-9 Salud mental alta. Así mismo, en relación al MNA la muestra puntuó con un estado nutricional satisfactorio evidenciado en una media de 23,83 ( $Z = 4,0$ ).

Figura 1.  
Interpretación del Mini-Mentar State Examination (MMSE) en frecuencia (negro) y porcentaje de desempeño (gris).



De esta forma, en la Figura 1 se encuentra el desempeño de los adultos mayores en frecuencia y porcentaje en el MMSE, encontrándose, que un 94% de los participantes, poseen adecuada capacidad cognoscitiva.

En cuanto a la funcionalidad en las AVD, se muestran en la Figura 2, los porcentajes del índice de Barthel en las tres categorías de calificación. Se evidencia que un 62% de los adultos reportan ser independientes en sus actividades de la vida dia-

ria tanto en su movilidad como su autocuidado, no presentándose dependencia severa, ni total en la muestra estudiada.

Por otro lado, en relación al Cuestionario de salud general de Goldberg, en la Figura 3, se evidencia la distribución en salud mental de la muestra en tres categorías. El 88% de la muestra se encuentra en las categorías de salud mental normal y alta, encontrándose que solo un 12% presentó puntuaciones valoradas como bienestar psicológico bajo.

Figura 2. Interpretación del Índice de Barthel en porcentaje de desempeño.

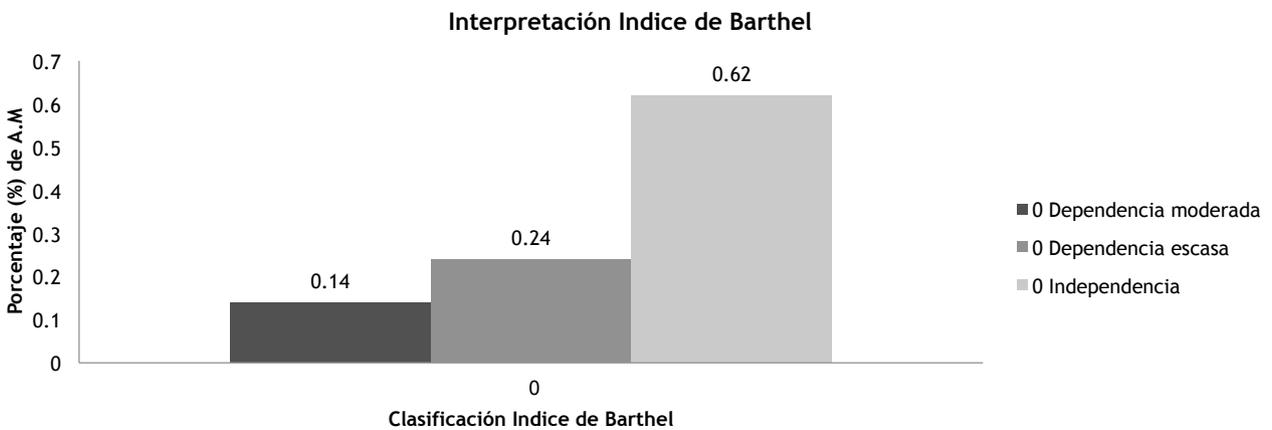
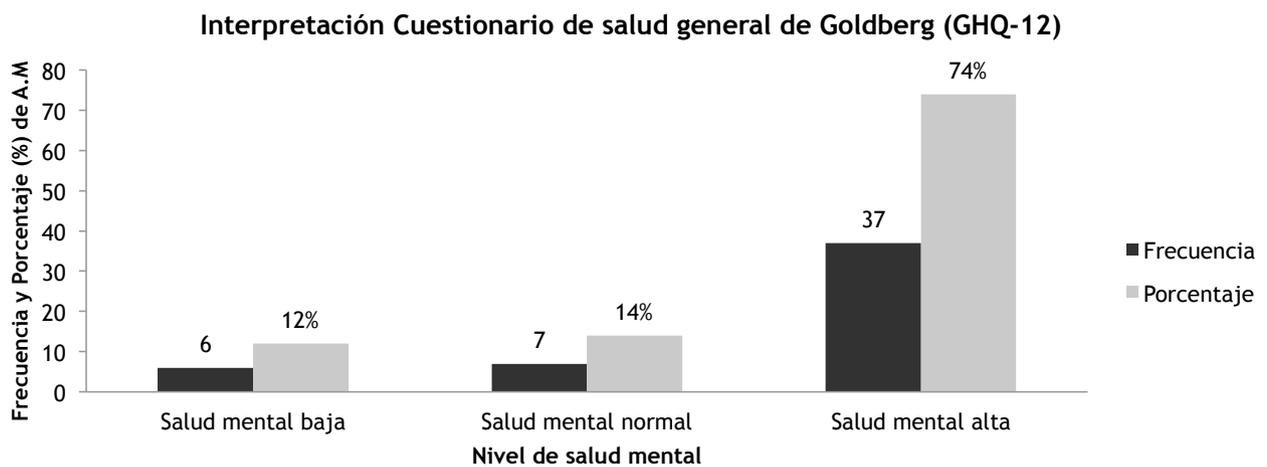


Figura 3. Interpretación del GHQ-12 en frecuencia (negro) y porcentaje de desempeño (gris).

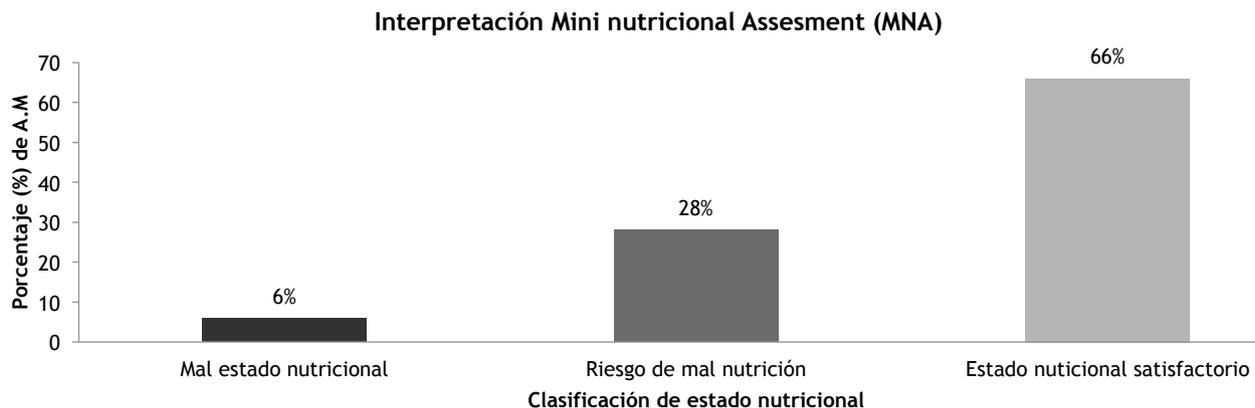


Finalmente, en cuanto al MNA (Figura 4), se encontró que un 66% de los adultos mayores de la

muestra tienen un estado nutricional satisfactorio, presentando sólo un 6% mal estado nutricional.

Figura 4.

*Interpretación del Mini nutricional Assesment (MNA) en porcentaje de Desempeño.*



## Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el estado de salud general y perfil biopsicosocial de una muestra de adultos mayores sanos o excepcionales del departamento de Santander. En primer lugar, en relación a las características sociodemográficas de la muestra, se observó una representación diferencial de adultos mayores autopercebidos como saludables en las provincias estudiadas. Esto obedeció al difícil acceso a la muestra, dificultad en permisos institucionales y elevados índices de dependencia y afectación crónica en los gerontes en algunos departamentos. Dicha situación representa más que una dificultad, un reto para los profesionales de la salud e investigadores del área de la gerontología, pues según La Fundación Saldarriaga Concha (2016), en Colombia el proceso de envejecimiento no será geográficamente homogéneo, lo que demanda más especificidad y conocimiento de las poblaciones, asegurando políticas y programas de intervención más eficaces frente a las problemáticas propias de cada región y/o departamento.

Así mismo, en relación a la edad media de los gerontes, se resalta que la muestra correspondió tal como se propuso inicialmente, a una muestra cla-

sificada en la categoría viejos-viejos, teniendo en cuenta la adaptación que se realizó de la teoría de Singer et al., (2003) y Riley (1988), y de acuerdo a las proyecciones de esperanza de vida en Santander (75,23 años de edad) (DANE, 2005); en dichos reportes se asume en la categoría de viejos-viejos a los adultos de 75 años en adelante. De esta manera, se evidenció un mayor porcentaje de adultos en un rango de edad entre los 75 a 84 años, siendo en su mayoría hombres, casados, algunos aún activos laboralmente y teniendo más de la mitad de la muestra bajos niveles de formación educativa, situación acorde a las costumbres de la época y ocupaciones más ejercidas entre las que se destacan trabajadores no calificados, ya sea de servicios, personal doméstico, y/o obreros de la minería, la construcción, la industria manufacturera y el transporte; y agricultores, trabajadores y obreros, agropecuarios, forestales y pesqueros. Además, es importante resaltar el grupo más reducido pero importante de adultos mayores con formación universitaria que se encontró en la muestra, abarcando especialmente profesionales de la educación, organización, administración de empresas, filósofos, teólogos y religiosos de distintas doctrinas.

En concordancia a lo anterior, se encontró un perfil biopsicosocial alto, relacionado a factores diferenciales en este grupo de adultos con elevado nivel de longevidad, evidenciado en puntuaciones altas en las cuatro escalas aplicadas y traducido en un buen estado cognitivo, funcionalidad física, salud mental, en lo concerniente a bienestar psicológico, funcionamiento social y afrontamiento; y estado nutricional de los adultos mayores viejos-viejos, situación contraria a lo que se afirma en la literatura del denominado paciente geriátrico, el cual es aquel mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad, con deterioro mental y/o problemática social añadida (Benítez del Rosario & Asensio, 2004).

Es importante aclarar que la prueba del MMS se calificó de acuerdo al nivel de escolaridad de cada uno de los sujetos, supliendo aquellas deficiencias reportadas en la literatura del instrumento y ajustando el desempeño a los puntos de corte establecidos en Rosselli et al. (2000), para los cuales se considera: para 0 a 5 años de educación puntuación >21 adecuada capacidad cognoscitiva, 6 a 12 años de educación puntuación de >24 adecuada capacidad cognoscitiva y más de 12 años de educación puntuación >26 adecuada capacidad cognoscitiva.

Igualmente, en relación al GHQ-12, al afirmar que la mayor parte de la muestra estuvo en el rango de categorías de salud mental normal y alta, se interpreta que según los factores que se enuncian en García (1999), existe un adecuada evaluación de salud general “que tiene que ver con los afectos positivos, sentimientos de bienestar general y su expresión psicofisiológica” (p. 94); y además, un factor de funcionamiento social adecuado, “que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente”(p.94). Es posible establecer finalmente, en cuanto al MNA, que, a pesar de haber puntuado un porcentaje alto de adultos mayores con un estado nutricional satisfactorio, se presentó un porcentaje de gerontes en riesgo de mal nutrición y mal estado nutricional, resultado que se atribuyó y relacionó a variables diferenciales de cada uno de los su-

jetos, condiciones ambientales y socioeconómicas tanto del adulto, si es autovalente, como de las instituciones en las que se encuentran internos, las cuales presentaron alta variabilidad en cada municipio estudiado. Esto está en concordancia con Arango y Ruiz (2007) que afirman que la población anciana está considerada como grupo de riesgo de sufrir malnutrición, evidenciándose que casi la mitad de los ancianos mayores de 80 años, pertenecientes a países de América Latina que viven en residencias geriátricas. Esto puede ser el resultado de una mala calidad de vida, la progresión desfavorable de comorbilidades y un mayor consumo de medicamentos (Chavarro-Carvajal, Reyes-Ortiz, Samper-Ternent, Arciniegas & Cano, 2015).

Lo anterior proporciona un valioso aporte en la caracterización del envejecimiento exitoso-saludable, evidenciando la necesidad de generar estudios que describan este tipo de condiciones excepcionales desde su perfil biopsicosocial, para así, finalmente proponer programas y políticas públicas cada vez más completas y centradas en la optimización de los recursos y las potencialidades de los gerontes y su contexto.

Finalmente, se espera con los resultados obtenidos aportar a evidencias en Santander y sentar una base de apoyo al área investigativa clínica, de manera que se pueda seguir indagando sobre la temática y empezar a generar intervenciones orientadas a incentivar el desarrollo y crecimiento personal de los adultos mayores, facilitando entornos adecuados de contacto social, prevención del deterioro físico y psíquico (Ponce-de-León-Romero & Fernández-García, 2013) que beneficien su calidad de vida y a la sociedad en general, que debe empezar a tener un rol más activo y consciente frente a esta problemática que, contrario a lo que se cree, compete a todos los individuos.

## Referencias

Araya, J. (2007). *Salud y vejez saludable aproximación a los discursos referidos a la salud y la vejez saludable de las (propias) personas mayores* (Tesis de Maestría). Universidad de Chile - FACS, Santiago de Chile. Recuperado

- de: [https://bibliotecadigital.uchile.cl/primo-explore/fulldisplay?docid=uchile\\_alma21150453890003936&context=L&vid=56UDC\\_INST&search\\_scope=uchile\\_scope&tab=uchile\\_tab&lang=es\\_CL](https://bibliotecadigital.uchile.cl/primo-explore/fulldisplay?docid=uchile_alma21150453890003936&context=L&vid=56UDC_INST&search_scope=uchile_scope&tab=uchile_tab&lang=es_CL)
- Arango, V. & Ruiz I. (2007). *Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia*, Fundación Saldarriaga Concha. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticasyPoliticasy%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
- Barrera, M., Castillo, M., Martín, J., Torrado, J., Cifuentes, A. & Rodríguez, M. (2008). Evaluación nutricional de adultos mayores hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá D.C. utilizando un instrumento adaptado del Mini Nutritional Assessment (MNA). *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátria*, 22(3). 1163-1172.
- Benítez del Rosario, M. & Asensio, A. (2004). Gerontología: nociones básicas. En Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC, *Atención a las personas mayores desde la atención primaria* (pp.3-8). Barcelona, España: semFYC ediciones.
- Chavarro-Carvajal, D., Reyes-Ortiz, C., Samper-Ternent, R., Arciniegas, A. & Cano, C. (2015). Nutritional Assessment and Factors Associated to Malnutrition in Older Adults: A Cross-Sectional Study in Bogotá, Colombia. *Journal of Aging and Health*, 27(2), 304-319. doi: 10.1177/0898264314549661
- Cid-Ruzafa, J & Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 177-137.
- Cuyac, M. & Santana, S. (2007). La Mini Encuesta Nutricional del Anciano en la práctica de un Servicio hospitalario de Geriátria: Introducción, validación y características operacionales. *ALAN*, 57(3), 255-265.
- Departamento Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Demografía y población, proyecciones poblacionales*. Recuperado de <http://www.DANE.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones adaptada para Colombia CIUO-88 A.C.* Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciuo/CIUO\\_88A\\_](http://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciuo/CIUO_88A_)
- Flores, M., Colunga, C., González, M., Vega, M., Cervantes, G., Valle, M. & Cruz, M. (2013) Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Uaricha Revista de Psicología*, 10(21), 1-13.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., & Fanjiang, G. (1975). Mini-mental State” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2016). *Cifras, realidades y retos en un país que envejece aceleradamente y necesita prepararse* (Manuscrito no publicado). Misión Colombia Envejece, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.misioncolombiaenvejece.com/prensa.php#>
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-9.
- Granger C., Albrecht G., & Hamilton B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by Pulses Profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 145-154.
- Granger C., Dewis L., Peters N., Sherwood C. & Barrett J. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 60, 14-17.
- Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Margen7*, 57. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. (1994). Mini-nutrition assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 4(2), 15-19.
- Ley 1090. Diario Oficial No. 46.383 del Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 6 de Septiembre de 2006. Recuperado de [http://www.secretariase nado.gov.co/senado/base-doc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariase nado.gov.co/senado/base-doc/ley_1090_2006.html)
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y Psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 13, 47-60.
- López, A. (2013). Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. *TOG, Revista virtual*. Recuperado de <http://www.revistatog.com/ num17/pdfs/revision.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2005). "América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo". Noticias e Información Pública (Comunicado de Prensa). Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (1982). Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. En salud para todos el año 2000: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, Documento oficial N° 179. Washington DC, EE.UU.
- Recuperado de <http://hist.library.paho.org/English/O D/4288.pdf>
- Ponce-de-León-Romero, L. & Fernández-García, T. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, 13, 87-97.
- Resolución 8430. Ministerio de Salud de la República de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., 4 de Octubre de 1993. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf)
- Riley, M. (1988). Forward. En K. W. Schaie & R. T. Campbell (Eds). *Methodological Issues in Aging Research*. New York: Springer Publishers.
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, D., Morillo, L., Bautista, L., ... & GENEKO. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30(5), 428-432.
- Sanhueza, M., Castro, M. & Merino, J. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 30(1), 23-31.
- Singer, T., Verhaegen, P., Ghisletta, P., Linderberger, U. & Baltes, P. (2003). The fate of cognition in very old age: six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging*, 18(2), 318-331.
- Villa, I., Zuluaga, C. & Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.

## **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, Magister en Psicología con énfasis en Psicología Clínica. Docente Investigador Fundación Universitaria San Alfonso. Dirección postal: Correo electrónico: rodrigoiz@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 (DOO6117), test (SC32180), validez (SC58280), confiabilidad (SC52250), Psicometría (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:** Duel (DOO6117), 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 (Analiá, 2009).

En el año 2013 en Colombia se registraron 25.439 casos de necropsias médico 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 disfrace o reprima 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; Fon-negra, 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) Anhelos 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, Horte-ga 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 afeccionamiento) 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 disfruto por pensar en su fallecimiento		.741		
P41	Después de la muerte de Él / Ella disfruto menos lo que antes hacía		.727		
P42	Después 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 (Quiénes 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 Rash, 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.

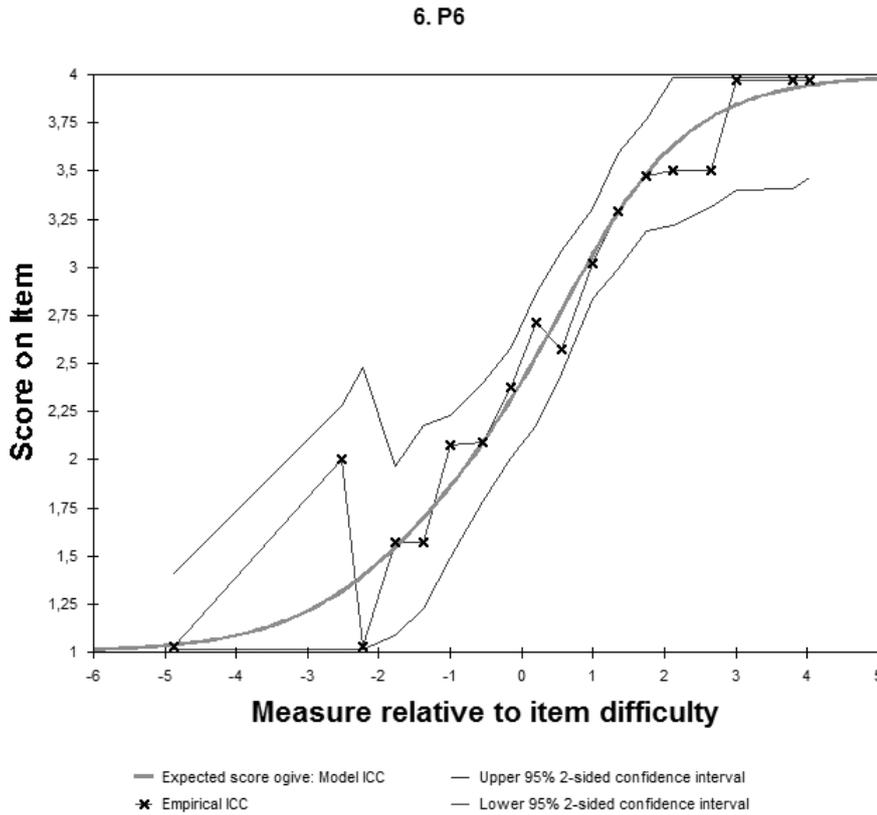
Figura 1.  
Mapa de las categorías de respuestas en los ítems del Primer Factor del IPDP.

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.

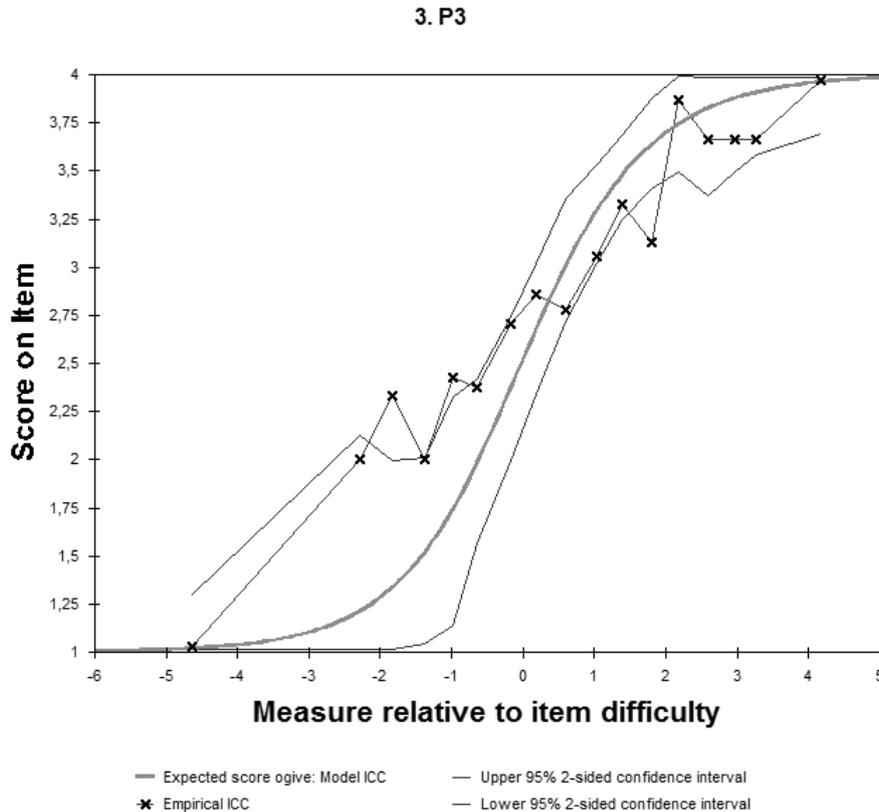


La figura 3 muestra que en el ítem 3 no hay congruencia entre los patrones de respuesta observados en esta muestra y las probabilidades de respuesta esperadas según el modelo, se observa

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 & Guarnaccia, 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 irracionales 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 periodos 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”, 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 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 Duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50.
- Analia, 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., & Zijerfeld, 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: Paidós.
- 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/ywcaroa/doc/sovpalXIV-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](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](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1)
- Maccallum, 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-matin-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., Tsilikia, 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., & Tiemeier, 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., Horteiga 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/ESMUbenda/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