



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA VIRTUAL
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA
PSICOLOGÍA CLÍNICA, SALUD MENTAL Y CONTEXTO

TÍTULO:

ANÁLISIS DEL PROCESO DE DUELO POR MUERTE VIOLENTA. UNA PERCEPCIÓN
PSICOLÓGICA HACIA EL BIENESTAR DE LA SALUD MENTAL.
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN OPCIÓN DE GRADO MODALIDAD VIRTUAL

PRESENTA:

Edna Isabel Villegas Giraldo Código 1711022555

Iván Andrés Vázquez Código 1711023491

Javier Enrique Peña Bernal Código 1611020949

Leidy Cáterin Loaiza Galviz Código 1711025425

ASESOR:

MGS. Mayra Alejandra Hernández Merchán

BOGOTÁ, MARZO - JULIO 2021

Tabla de Contenidos

Resumen.....	1
Capítulo 1. Introducción.	2
Descripción del contexto general del tema.	3
Planteamiento del problema.....	3
Pregunta de investigación.	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.	3
Justificación.	4
Capítulo 2. Marco de referencia.....	5
Marco conceptual.....	5
Marco teórico.....	9
Marco Empírico.	11
Capítulo 3. Metodología.	15
Tipo y diseño de investigación.	15
Participantes.....	15
Instrumentos de recolección de datos.	16
Estrategia del análisis de datos.	16
Procedimiento.	16
Consideraciones éticas.....	17
Capítulo 4. Resultados.	18

Discusión.....	20iv
Conclusiones.....	21
Limitaciones.....	21
Recomendaciones.....	22
Referencias bibliográficas.....	23
Anexos.....	31

Lista de tablas

v

Tabla 1. Descripción estadística	19
--	----

Lista de figuras

vi

Figura 1. Respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida (RE)..	18
Figura 2. Creencias sobre el fallecido (CS).....	18
Figura 3. Proyecto de vida (PV).....	19
Figura 4. Estilos de afrontamiento (EA).....	19

Resumen.

Se realizó una investigación sobre los procesos de duelo partiendo de la necesidad de una sociedad que cada vez se siente más bloqueada frente a la enfermedad, el dolor y la muerte. Dicho lo anterior, el objetivo principal de esta investigación es analizar el proceso de duelo por muerte violenta de un familiar en primer grado de consanguinidad. Entendiéndose por muerte violenta: homicidio, suicidio o accidente.

El desarrollo de esta investigación fue mediante la aplicación del inventario para evaluar el duelo patológico en adultos (IPDP), el cual evalúa el nivel de afectación emocional dividido en 4 constructos: desarrollo del proyecto de vida (PY), respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida (RE), estrategias de afrontamiento (EA) y creencias sobre el fallecido (CS). Este estudio es de tipo descriptivo, se aplicó a 42 personas entre mujeres y hombres, mayores de 18 años, de diferentes nacionalidades. Los resultados principales indican que existe duelo patológico en los constructos de estilos de afrontamiento ($mean=25.929$) y respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida ($mean=24.881$). En conclusión, se cumplieron los objetivos de la investigación, pues se evidenció que la sintomatología es intensa en los procesos de duelo por muerte violenta.

Palabras clave: Duelo, muerte violenta, IPDP, dolor, pérdida.

Capítulo 1.

Introducción

Todos los humanos sufren en mayor o menor medida el duelo por una pérdida. En cualquier lugar del mundo se produce un intento casi universal por recuperar la persona fallecida. Después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben desarrollar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo. (Aguirre, 2020)

Reconocer una pérdida humana es aceptar la realidad de que el ser querido ya no está, y es importante asumir su situación actual. Es conveniente entonces trabajar las emociones y reconocer lo que se siente con la pérdida; muchos dolientes o deudos no logran comprender las emociones que sienten tras la pérdida de ese familiar, es un círculo de emociones que no permite razonar ni pensar con claridad, también resulta importante que la persona logre adaptarse al medio y admitir que el fallecido no se encuentra ahí como siempre solía estar; aceptar la ausencia, también es parte importante del proceso de duelo. Volver a tener una vida estable como se tenía antes de perder al fallecido suele ser lo más complejo del proceso de duelo, recolocarse emocionalmente y aceptar la pérdida para poder continuar con los proyectos que el deudo tenía pensado suele ser una de las pruebas más difíciles ya que al hacer esto, muchas personas sienten que están dejando atrás a su ser querido. “Un proceso de duelo saludable es aquel que no intenta escapar del dolor, lo conoce y sabe cómo afrontarlo” (Helpsi, 2021).

Dentro de esta investigación se analizaron las diferentes etapas de duelo que viven las personas que sufren la pérdida de un ser querido por muerte violenta en primer grado de consanguinidad; para esto, se realizó la aplicación del inventario para evaluar el duelo patológico en adultos (IPDP), a 42 deudos, entre ellos 29 mujeres y 13 hombres mayores de edad, de diferentes nacionalidades; esta información, permitió la interpretación de los resultados y la identificación de cómo se vivencian los procesos de duelo en estas personas.

Descripción del contexto general del tema

Algunos de los procesos de duelo, sobre todo los patológicos, requieren de un acompañamiento profesional para que se desenvuelvan de forma adecuada. Esto se ve como una necesidad en el contexto en general. Por ende, es necesario el hecho de verbalizar, de sentir apoyo y compartir la experiencia es elemental para su recuperación. De otro modo, el estigma de la sociedad actual influye en el doliente, y genera que no acudan a los profesionales en salud mental en busca de ayuda, teniendo en cuenta que estos procesos pueden conllevar complicaciones a nivel físico, mental y social.

Planteamiento del problema

Identificar el proceso de duelo mediante la aplicación del IPDP en una muestra poblacional que manifiesta pérdida de un familiar en primer grado de consanguinidad por muerte violenta.

Pregunta de investigación.

¿Cómo se manifiesta el proceso de duelo en una muestra poblacional que manifiesta pérdida de un familiar en primer grado de consanguinidad por muerte violenta?

Objetivo general.

Analizar el proceso de duelo por muerte violenta de un familiar en primer grado de consanguinidad.

Objetivos específicos.

Identificar el estado del proyecto de vida en las personas que han sufrido la pérdida de un familiar por muerte violenta en primer grado de consanguinidad

Identificar el estado de las respuestas emocionales en las personas que han sufrido la pérdida de un familiar por muerte violenta en primer grado de consanguinidad

Identificar el estado de las creencias sobre el fallecido en las personas que han sufrido la pérdida de un familiar por muerte violenta en primer grado de consanguinidad

Identificar el estado de los estilos de afrontamiento en las personas que han sufrido la pérdida de un familiar por muerte violenta en primer grado de consanguinidad

Justificación.

La presente investigación se direccionó hacia las pérdidas por muerte violenta de un familiar en primer grado de consanguinidad que generan en cada persona diferentes mecanismos para enfrentar su proceso de duelo; cabe destacar que, cada persona experimenta emociones y pensamientos de manera muy particular.

Desde este contexto, se enfocó esta investigación, donde a través de la búsqueda de referencias bibliográficas y la aplicación del instrumento de duelo IPDP, se pretende contextualizar como se vive el proceso de duelo y el grado de afectación que puede generar la muerte violenta de un ser querido en primer grado de consanguinidad. En ese sentido, la investigación se orientó hacia las muertes violentas las cuales se clasifican en suicidio, homicidio o accidente; cabe resaltar que, a raíz de esta ambivalencia afectiva que se viven por procesos de duelo y los diferentes contextos que se aúnan a este.

Capítulo 2.

Marco de referencia.

Marco conceptual.

Para el autor Gert (1955), la muerte es la interrupción permanente de todas las funciones del cuerpo humano y la pérdida permanente del conocimiento que se puede observar clínicamente. Más allá del contexto filosófico y social, la muerte afecta incluso a los seres vivos más pequeños de la Tierra, desde humanos, animales, plantas y microbios.

Desde un punto de vista científico, “la muerte se considera la duración y el límite de la vida si el cuerpo no puede mantener la homeostasis, provocando un daño permanente y alterando todas las funciones vitales” (García et al. 2012)

Para la real academia española existen varios conceptos en los que se pueda identificar el concepto de muerte. “Cesación o término de la vida. En el pensamiento tradicional es separación del cuerpo y el alma también la acción de dar muerte a alguien, destrucción, aniquilamiento, ruina” (Rae, 2021)

Duelo y las etapas de duelo.

A Partir de una definición del duelo, como "el proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros". Bowlby (1980). Se permite evidenciar que, desde la perspectiva del sistema familiar, la amenaza de pérdida o fallecimiento de un miembro se expone como la mayor crisis que tiene que afrontar la familia. “Ante la crisis, si el sistema tiene suficientes recursos, reacciona con un cambio adaptativo. Si no los tiene, el sistema puede desaparecer” (Bowen, 1976).

Cabe resaltar que cada una de estas muertes, va acompañada de un dolor propio y una afectación de manera individual. Además, complementando otra teoría de acuerdo con Harvey y Weber (1998), se define la pérdida como cualquier daño en los recursos personales, simbólicos o materiales con los que se ha establecido un vínculo emocional. Ahora bien, en base a la investigación, vamos a mencionar a continuación las diferentes etapas por las cuales atraviesa el doliente.

1. Etapa de la negación

En esta etapa, siendo por lo general la primera, es donde la persona toma el hecho de negar la realidad, para disminuir el dolor de la noticia de la muerte del ser querido. Aunque, lógicamente no sea viable, esta tiene una función en el organismo y es protegerlo de cambios abruptos emocionales que manifiesten violencia repentina o daños físicos específicos. La negación puede ser explícita o no explícita, es decir, que se manifiesta en el individuo de forma verbal o no verbal al momento de la manifestación emocional; “la negación no puede ser sostenida de modo indefinido, ya que choca con la realidad, la cual permite la transición a otra etapa” (Kübler-Ross and Kessler, 2016).

2. Etapa de la ira

En esta etapa aparece la rabia y el resentimiento como producto de la desilusión que produce la noticia de la muerte del ser querido, ya que, existe la consciencia de que la muerte no es reversible, por lo tanto, unas sintomatologías es el desconsuelo y la impotencia, los cuales se ven reflejados en exaltaciones emocionales agresivas direccionadas a la búsqueda de culpabilidad, encontrar una razón justificada del deceso. “No obstante, una parte del individuo sepa que es arbitrario, la ira se dirige contra personas que no tienen error de nada o incluso frente a animales y objetos” (Kübler-Ross and Kessler, 2016).

Por otra parte “la 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” (Corredor, 2002). Son tomadas en cuenta en la ira, por la relevancia emocional al momento de observar la realidad, por la pérdida del ser querido.

3. Etapa de la negociación

En la etapa de la negociación, el individuo recrea escenarios psíquicos en donde busca la posibilidad de impedir la muerte, entra a poner en una balanza a través del pensamiento lo que fue y debería ser, en la temporalidad de lo vivido, para darle un significado a la muerte del ser querido, cabe resaltar que, es una fantasía de control para

sobrellevar el dolor, un ejemplo frecuente “es intentar negociar con entidades divinas o sobrenaturales para hacer que la muerte no se produzca a cambio de cambiar el estilo de vida y reformarse” (Kübler-Ross and Kessler, 2016).

4. Etapa de la depresión

Al mencionar la depresión, como la posición del individuo en tener un pensamiento repetitivo, con respecto a la pérdida del ser querido, genera un desgaste emocional, mental y físico; si al momento de entrar emocionalmente a una tristeza profunda durante un largo periodo de tiempo “se refiere a que 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” (Zuckoff, Shear, frank & Daley, 2006).

Esto evidencia que la persona deja de imaginar con realidades paralelas y se observa en el presente con una profunda emoción de soledad porque el ser querido ya no está. “En esta etapa es normal el aislamiento y el agotamiento físico, se considera incapaz de concebir la idea de que vaya a salir de ese estado de tristeza y melancolía” (Kübler-Ross and Kessler, 2016).

5. Etapa de aceptación

Teniendo en cuenta lo mencionado por Rodríguez, Ruiz, & Restrepo, (2004): “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” se puede decir que la aceptación es la que da paso a la finalización del sufrimiento, el cual puede tomarse como objetivo de vivir las fases de duelo, por consiguiente; cuando hay una integración mental, física en el sentido del autocuidado y emocional de resignificar la pérdida, es donde se aprende a seguir viviendo con la ausencia del ser querido y se acepta que ese sentimiento de superación está bien. Es importante mencionar que su principal característica es que la intensidad emocional disminuye y el cuerpo no se siente tan cansado. Es un proceso que permite ir volviendo a experimentar alegría y la continuidad de los propósitos de vida del doliente (Kübler-Ross and Kessler, 2016).

Dolor y pérdida

El dolor se llegaría a entender como una experiencia perceptiva que se divide en tres aspectos: desde la parte sensorial, una vertiente emocional y la otra cognitiva. Estas a su vez se dividen en dos componentes, uno es el cognitivo - evaluativo quien es el que interpreta la recepción del dolor y el otro el afectivo - emocional (Melzack y Casey, 1968)

Los individuos que sufren de un dolor intenso, considerado serio, encuentran que sus expectativas con respecto al proyecto de vida no se cumplen, y es habitual que realicen diferentes tipos de actividades que permitan dar un sentido a lo que les está ocurriendo. se tropiezan con impedimentos físicos, sobresaltos emocionales, procesamientos cognitivos no favorables, relaciones disfuncionales y desgastes socioeconómicos. por ello, es justo un replanteamiento de sus posibilidades, de incurrir en un camino de autoconocimiento creando un concepto propio y definitivo enfocado hacia el bienestar, esto permite reconstruir su naturaleza de significados. “La aceptación pasa por reestructurar todos estos aspectos del ser, dejar de focalizar la atención en sus limitaciones y unir nuevos significados positivos” (Almendro Marín et al, 2011)

Tipos de muerte

“La muerte violenta como consecuencia de la acción de un agente externo, se considera un fenómeno social a nivel mundial. Según sus causas médico - legales se clasifica en homicida, suicida y accidental” (Pérez. et al.,2020)

Estas muertes incluyen a personas con mecanismos de producción claros y bien definidos de origen físico, mecánico, biológico o químico. Esto incluye accidentes de tránsito (aéreos, marítimos o terrestres), lesiones, lluvia o precipitaciones fuertes, ahorcamientos y ahogamientos, descargas eléctricas, rayos, muerte por cuchillos o balas disparadas por armas de fuego (Quijada y Ramírez, 1997).

Según Miguel y Muñoz (1998), la muerte súbita es una de las situaciones que puede dar lugar a una intervención significativa. En este sentido, se explican los patrones de mortalidad considerados para este estudio.

Según (Quijada y Ramírez, 1997). El mecanismo de muerte violenta se define de la siguiente manera:

Asesinato u homicidio: Resultado de actos violentos e intencionales contra una persona, independientemente de su edad, sexo, raza o condición social.

Suicidio: Incluye suicidio o muerte voluntaria desde un punto de vista legal.

Accidente: Muerte provocada por la falta de experiencia de la víctima o de un tercero, negligencia, precipitación o incumplimiento de normativa o desempeño de funciones. Además, también incluye las muertes causadas por desastres de gran impacto provocados por fenómenos naturales (inundaciones, terremotos, huracanes, etc.).

Las muertes súbitas y traumáticas requieren una intervención especial. Los estados de re-experiencia, hiperactivación y alerta, son mucho más comunes y están asociados con sentimientos abrumadores. Según Pérez Barrero (2007), la muerte accidental, aumenta la respuesta emocional en festividades, luego ocurre una mayor inhabilidad de entender lo sucedido entre amigos y compañeros del accidentado y menos deseos de dialogar con los demás (por temor a ser juzgados).

Según Pérez (2007), la muerte por suicidio conlleva a más estigma, más culpa, menos disposición de hablar sobre la muerte y una tendencia a cuestionar lo que las personas pueden hacer. En la sociedad actual, el suicidio va en aumento porque no conduce a una discapacidad física a corto plazo ni a una muerte dolorosa.

Marco teórico.

El duelo normal

La tristeza y la ansiedad son las emociones más comunes tras la muerte de un ser querido, junto con el miedo ante la soledad. En el duelo normal puede existir sensación de culpabilidad y reproche; también, reduce el interés y la apatía, la falta de esperanza y las ilusiones sobre el tema del mundo exterior. El alcance de los síntomas que experimentan los familiares en duelo depende de la personalidad del individuo, la relación con el fallecido y las circunstancias en las que ocurrió la pérdida. “Lo normal y esperable, cuando se cuentan con estrategias de afrontamiento positivas, es que estas emociones y sentimientos negativos desaparezcan paulatinamente en un en un plazo de 6 meses a un año” (Echeburúa & Herrán, 2007).

El duelo patológico

El duelo patológico puede manifestarse a nivel psicológico en forma de autoculpa (por ejemplo, por no haber hecho lo suficiente por el fallecido, a pesar de un gran cuidado durante la enfermedad). Pensamientos persistentes sobre la muerte, hipersensibilidad anormal a terceros (médicos, sacerdotes, yernos, nueras, etc.). Ocasionalmente, el duelo mórbido puede complicarse por otros síntomas como el aislamiento social, la falta de cuidado personal, el retraso mental severo y el abuso de alcohol o drogas. A nivel físico, pueden ocurrir cambios permanentes en la salud. Alteraciones del sueño y del apetito, malestar general, dolores musculares, comportamiento hipócrita, estreñimiento, dolores de cabeza, etc. Todos estos son procesos depresivos existentes (Alario, 1996; Hinton, 1974).

“Cuando la muerte del ser querido ocurre en circunstancias inesperadas y repentinas, el sufrimiento por la pérdida es más agudo, traumático y las reacciones son más severas y pueden llegar a ser complicadas, la persona se siente abrumada por el suceso inesperado e imprevisto y sus mecanismos para enfrentar la situación resultan insuficientes” (Echeburúa 2004., Young ,2012).

Dolor psicógeno: se define como un dolor no orgánico principalmente desde la sintomatología psíquica del individuo, un ejemplo, son los que aparecen en las neurosis (hipocondriasis, estados obsesivos compulsivos, ansiedad e histeria) y en la psicosis (esquizofrenia y los trastornos afectivos); cabe resaltar que, “el dolor psicológico forma parte de síndromes dolorosos crónicos, que es real y que precisa de un procedimiento específico en intervención profesional” (López Timoneda, 1995).

Otra teoría que se ha efectuado en el concepto del dolor es el modelo de estrés, el cual se refiere a la capacidad del individuo para afrontar el duelo, “la discapacidad será mayor o menor en función de cómo se evalúe y afronte el aliciente doloroso” (Lazarus y Folkman, 1986). Esto permite abordar la teoría de Horowitz (1980), quien define el duelo patológico como: “la persona que está desbordada recurre a conductas desadaptativas, o permanece inviolablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”. Este se define en cuatro importantes apartados:

Duelo crónico: “Aquel que tiene una permanencia excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y el individuo que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo” (Domingo Vedia, 2016).

Duelo retrasado: Igualmente llamado inhibido, pospuesto o suprimido. El individuo tiene una respuesta emocional insuficiente en el momento de la privación del ser querido. En una eventualidad del futuro la persona puede comprobar los síntomas del duelo, a veces por una pérdida posterior; los síntomas pueden ser llevados a polos extremos. Algunos ejemplos, pueden ser la depresión clínica por un fallecimiento, la ansiedad o miedos irracionales, el abuso de sustancias psicoactivas y el trastorno de estrés postraumático (Domingo Vedia, 2016).

Duelo enmascarado: “La persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades, pero no se dan cuenta ni reconocen que están conectados con la pérdida. Pueden surgir como síntomas físicos (enfermedades psicosomáticas), o conductas desadaptativas, (depresión inexplicable, hiperactividad,)” (Domingo Vedia, 2016).

Marco Empírico

En este apartado, se describen los constructos del inventario de duelo IPDP, para tener un contexto teórico al momento de la aplicación e interpretación de los resultados:

Respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida

En un análisis “Duelo ante muerte por suicidio” publicado en la Revista Habanera de ciencias Médicas, destaca que, además de los sentimientos esperados por el duelo, también pueden desencadenarse otras emociones como enojo, impotencia, rabia y culpabilidad frente a la persona que consumó el suicidio. Al igual, que algunos sentimientos contradictorios como alivio y tranquilidad de que no sufrirá más, que no tendrá que seguir apoyando las ideas y tentativas del suicida. También, pueden sentir vergüenza por lo ocurrido, especialmente si su cultura lo ve como algo pecaminoso o desgraciado (Pérez 2010, Bassaluzzo, 2012). Además, otros síntomas como pesadillas de

imágenes intrusivas y miedo referido a sí mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve (Pérez, 2010).

Aunque no existe un patrón de comportamiento diferenciado en familiares o allegados que permita predecir en quién sí o no se desarrollarán complicaciones de duelo, hay evidencia que en algunos de los casos, las personas que viven la experiencia de perder a un ser querido por suicidio, experimentan trastornos del estado de ánimo por períodos prolongados, trastornos del sueño, conductas de evitación, estrés postraumático, o en el peor de los casos, si no es debidamente atendido, pueden cometer otro suicidio (Brent et al., 2009).

En otro estudio realizado sobre la “Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado”, fueron evaluados 26 dolientes, mediante el Inventario de Duelo Complicado y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Los resultados principales arrojaron que el (85,70%) mostraron duelo complicado, el (59,10%) problemas clínicos de ansiedad y el (45,50%) depresión. Adicional, cuando la pérdida se daba de manera repentina, la sintomatología de DC fue mayor sobre todo en hombres. En ese sentido, la presencia de DC se asoció con mayor ansiedad, depresión y malestar emocional general (Llácer et al., 2020).

Otra investigación de tesis, realizada a 98 familiares de las personas que sufrieron una muerte violenta durante el año 2011 -2012, concluye que en el 80% de familiares de las víctimas de muerte violenta, si ocurrieron cambios emocionales luego de la muerte de su familiar; como tristeza, desesperanza, fatiga, ansiedad, entre otros. También, para la mayoría de estos se detectaron problemas de salud, sobre todo depresión e hipertensión arterial. Es de recalcar que estas personas encuestadas no recibieron ninguna ayuda por parte del médico, psicólogo o trabajador social (Alarcón, 2014).

Al indagar en una investigación sobre “Duelo complicado en los afligidos por la muerte violenta: los efectos del trastorno de estrés postraumático en el duelo complicado”, describe que la muerte violenta como el homicidio, el accidente o el suicidio, es repentina e inesperada y causada por una energía intencional. Según el estudio, la prevalencia de duelo complicado entre los familiares es de 12,5% y 78,0%. También, describen que los factores que afectan esta prevalencia son la comorbilidad con

otros trastornos mentales, falta de preparación para la muerte, evaluación negativa de sí mismos y algunos estresores sociales como el estigma social, la exposición a los medios de comunicación y los procedimientos legales. Por otro lado, consideran que el trastorno por estrés postraumático contribuye en forma especial al desarrollo del duelo complicado al suprimir la función de la corteza prefrontal medial y de la corteza angulada anterior, las cuales actúan facilitando el proceso de duelo normal (Nakajima, S., *et al.*, 2012).

Proyecto de vida

En este apartado hace referencia a evidenciar los aspectos de la vida diaria que pueden afectar al doliente, las cuales modifican sus proyectos y hábitos a corto, mediano y largo plazo. Estas dificultades reajustan sus planes de vida y al mismo tiempo ayuda a darle continuidad a su sentido de independencia para retomar sus objetivos sin el fallecido.

Este factor mencionado por De Castro y Angarita (2002) y Rodríguez, Ruiz & Restrepo (2004), se transformó en otra idea distorsionada luego de perder el apoyo de sus seres queridos. Hay muchos síntomas que pueden aparecer durante los períodos de tristeza que pueden afectar su plan de vida, sintiendo confusión y dificultad de aceptar la realidad de la pérdida. No recordar la muerte del ser querido, no sentir sufrimiento o enojo por la muerte, hacer nuevos amigos o estar al tanto de cosas nuevas, la vida sin el ser querido se siente vacía y sin sentido. Los síntomas anteriores pueden durar hasta 3 meses después de la muerte, pero si persisten más allá de este período, la pérdida ya no se considera normal y estos síntomas son un malestar severo, clínicamente significativo o pueden causar una discapacidad grave en la vida social, trabajo y otras actividades importantes relacionadas con el diario vivir.

Estilos de afrontamiento

La estrategia de afrontamiento utilizada puede ser ineficaz o perjudicial, ya que perder a un ser querido puede ser traumático y abrumar las capacidades de afrontamiento de esa persona; por ejemplo, no poder adaptarse a situaciones nuevas, sentirse impotente y perder la esperanza, la iniciativa o el control de la vida. Sin embargo, cada persona aprende a lidiar con la adversidad y cada aspecto es diferente y algunas personas logran sobreponerse a la pérdida y continuar con su vida, aunque permanezca el recuerdo.

Actualmente, la tristeza se considera uno de los mayores factores estresantes para los seres humanos, y el estilo de afrontamiento es un importante medidor para la adecuada solución de este proceso, se hace esencial abordar el concepto de estrategias de afrontamiento. Con referencia a lo anterior Folkman (1988), define el afrontamiento como una estrategia que las personas emplean a nivel cognitivo-conductual. Sin embargo, creen que además de controlar las emociones, mantener la autoestima, mejorar la relación del individuo con el entorno es la mejor estrategia de afrontamiento.

Creencias sobre el fallecido

Es importante mencionar que tanto las muertes violentas como las creencias sobre el fallecido crean una relación significativa para esta investigación. Según el diseño de análisis psicométrico IPDP, da a conocer la importancia sobre cómo sienten y viven las personas el fallecimiento de un ser querido por muerte violenta después de un determinado tiempo (Liz y Avendaño, 2017).

Según Sorrentino y Remmert (1997), la actitud frente a la muerte está a menudo estrechamente ligada a la religión. Algunos creen que la vida después de la muerte está libre de sufrimiento y dificultades, y otros creen en el más allá. Para ellos, la muerte es el final de la vida.

Las creencias en la vida después de la muerte se originan en otros dogmas, como pensar que la vida propia y la de los demás es eterna.

Asimismo, “los argumentos metafísicos de las religiones sobre la inmortalidad, y las supuestas comunicaciones con las personas que han muerto, ya sean a partir de apariciones espirituales o a través de los sueños” (Ducasse, 1961).

Capítulo 3.

Metodología.

Tipo y diseño de investigación.

Este es un diseño no experimental teniendo en cuenta que no se realiza manipulación deliberada de las variables; de corte transversal atendiendo a que la recolección de datos se realiza en único momento y es de tipo descriptivo pues su propósito es describir las variables. (Sousa, Driessnack & Costa, 2007); en cuanto la investigación va a estar encaminado a evaluar el duelo y el nivel de afectación emocional de personas mayores de edad que hayan sufrido una pérdida de un familiar en primer grado de consanguinidad a causa de muerte violenta, sea homicidio, suicidio o accidente.

La metodología de la investigación fue de tipo cuantitativa, ya que se evaluaron características de tipo emocional a través del instrumento IPDP y se aplicó a 42 participantes que cumplieron con los parámetros establecidos para la investigación.

Participantes.

Se aplicará la prueba IPDP a mujeres y hombres mayores de edad, de diferentes nacionalidades, que hayan experimentado pérdida de un familiar en primer grado de consanguinidad por muerte violenta; se incluirá la variable del tiempo para categorizar la población a estudiar de la siguiente manera:

Deudos menores a 6 meses

Deudos de 6 meses a 1 año

Deudos superiores a 3 años

Se seleccionaron los participantes mediante un muestreo aleatorio, los participantes fueron convocados a responder el inventario IPDP de manera voluntaria. Se les explicó los objetivos de la investigación y se les proporcionó una cartilla informativa sobre los procesos de duelo y el nivel de afectación emocional de cada etapa de duelo. Se accedió a la población a través de Internet (redes sociales) realizando una publicación masiva enfocada en la divulgación de la herramienta de duelo.

Instrumentos de recolección de datos.

Se aplicó la encuesta del inventario para evaluar el duelo patológico en adultos, IPDP, el cual fue creado en el año 2017, por Rodrigo Liz Bernal y Bertha Lucia Avendaño, a los cuales se les solicitó mediante correo electrónico el inventario anteriormente mencionado.

El inventario IPDP, es un instrumento clínico de aplicación individual que tiene como propósito evaluar el duelo patológico en adultos (mayores de 18 años), cuenta con 36 ítems, los cuales evalúan diferentes aspectos como: desarrollo del proyecto de vida, respuestas emocionales cognitivas tras la pérdida, estrategias de afrontamiento y creencias sobre fallecido.

El inventario IPDP está estandarizado en Colombia y las propiedades psicométricas del instrumento arrojan un coeficiente de confiabilidad con un puntaje de 6591.15 significativa ($p < 0.001$) y la validez de constructo de 0.953 y para el coeficiente de consistencia interna, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, con un resultado de 0.96.

Estrategia del análisis de datos.

El programa estadístico para evaluar los datos cuantitativos fue JASP, el cuál es un software estadístico libre y de código abierto para el análisis y graficación de la información recolectada.

Procedimiento

Se realizaron búsquedas de las bibliografías más recientes que sustentan la presente investigación en fuentes confiables y científicas brindadas por la biblioteca del politécnico Grancolombiano, Google books, Google académico entre otras. Dentro de estas búsquedas están los conceptos de muerte, tipos de muerte violenta, dolor y pérdida, etapas del duelo, nivel de afectación emocional y duelo patológico.

Se contactó a uno de los autores de la herramienta IPDP, para relacionarla con la investigación y posteriormente realizar su aplicación a la población a encuestar.

Para el proceso de desarrollo de la prueba se brindó a los participantes instructivos de cómo diligenciar la encuesta y los constructos de este.

El proceso de desarrollo de la investigación cumplió cuatro fases, las cuales se describen a continuación:

Fase 1: Consecución de la muestra

Al ser un muestreo aleatorio, se realizó públicamente la encuesta por medio de redes sociales como Facebook, Instagram, Whatsapp, entre otros. Donde los encuestados fueron personas mayores de edad que sufrieron la pérdida de un familiar en primer grado de consanguinidad por muerte violenta.

Fase 2: Aplicación del inventario IPDP

Se aplicó el inventario IPDP a 42 sujetos, debido a la contingencia actual por el covid-19, se ejecutó de manera virtual, ajustando dicho instrumento mediante un formulario de forms.

Fase 3: Ajuste de los instrumentos

El instrumento IPDP se adapta del formato original, el cual era aplicado de forma presencial y se realiza el cambio al formato virtual mediante el formulario forms.

Fase 4: Aplicación y análisis de los resultados

Teniendo en cuenta que los instrumentos se aplicaron de forma virtual, con el fin de mantener la validez ecológica, se aplicó el cuestionario en un solo momento.

Consideraciones éticas.

Esta investigación se rige bajo las consideraciones éticas estipuladas en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Colegio Colombiano de Psicología, 2016), en el cual se estipula que teniendo en cuenta el diseño y evaluación con criterios científicos y éticos, se garantiza el bienestar y la dignidad de los participantes, respetando la confidencialidad de la información, haciendo trato de la información únicamente con fines académicos.

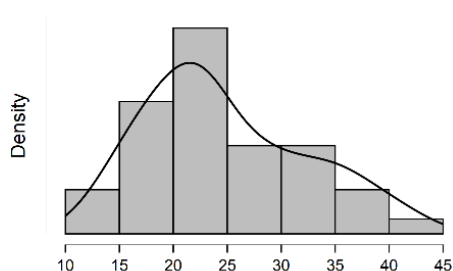
Razón por la cual, se explicó a los participantes de la investigación, los objetivos, los alcances, el procedimiento a seguir, el instrumento y el tiempo de aplicación. Se les dio a conocer el consentimiento informado para la autorización de sus datos personales; Se garantizó la confidencialidad de la información de los datos personales y la identidad.

En la ley 1090, se estipula el desarrollo de investigaciones que favorezcan el conocimiento científico, la protección y bienestar de los participantes. Así, para esta investigación, se cuidó en todo momento la información proporcionada por los participantes, garantizando siempre el uso de la información, únicamente con fines investigativos y académicos. De igual forma, aquellas personas que deseen obtener los resultados de la investigación, se realizará el envío al correo electrónico.

Capítulo 4.

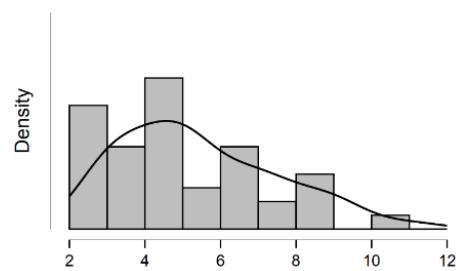
Resultados.

Para el análisis de los resultados, inicialmente se realizó la prueba de normalidad de Shapiro- Wilk, en orden de identificar la distribución de la muestra en valores inferiores $n < 50$. En la Tabla No., 1, los valores para el caso de PV ($W=.725$; $p < .001$) y CS ($W=.908$; $p=.002$), los datos se distribuyen de forma normal. Mientras que para el caso de EA ($W=.966$; $p=.246$) y RE ($W=.948$; $p=.055$), los valores no se distribuyen de forma normal. La distribución de los datos se ve reflejada en las siguientes gráficas.



Gráfica 1: Respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida (RE)

Fuente: Elaboración propia



Gráfica 2: Creencias sobre el fallecido (CS)

Fuente: Elaboración propia

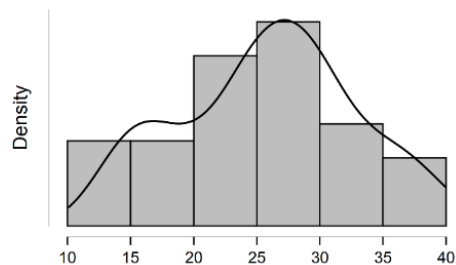
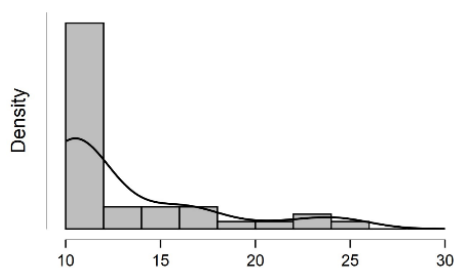


Tabla 1. Descripción estadística

	Gráfica 3: Proyecto de vida (PV)		Gráfica 4: Estilos de Afrontamiento (EA)				
N	42		42				
Error	0		0				
Media	1.310	37.143	1.357	13.048	24.881	5.452	25.929
Error estándar de la media	0.072	1.597	0.112	0.675	1.156	0.322	1.071
Mediana	1.000	37.000	1.000	11.000	23.000	5.000	26.500
Moda	1.000	28.000	1.000	10.000	23.000	5.000	25.000
Desviación estándar	0.468	10.349	0.727	4.373	7.494	2.086	6.940
Curtosis	-1.335	-0.772	4.082	1.443	-0.522	-0.172	-0.668
Error estándar de la curtosis	0.717	0.717	0.717	0.717	0.717	0.717	0.717
Shapiro-Wilk	0.582	0.962	0.560	0.725	0.948	0.908	0.966
Valor - P Shapiro-Wilk	< .001	0.171	< .001	< .001	0.055	0.002	0.246
Mínimo	1.000	20.000	1.000	10.000	13.000	3.000	14.000
Máximo	2.000	62.000	4.000	25.000	42.000	11.000	40.000

^a More than one mode exists, only the first is reported

Fuente: Elaboración propia

En relación con las escalas se puede identificar que para el constructo de Proyecto de Vida (*PV*; *mean*=13.048; *min*=10.000; *Max*=25.000), este valor se encuentra dentro del rango medio (20-30) de acuerdo con los valores del inventario IPDP.

Para el caso de Creencias Sobre el Fallecido (*CS*; *mean*=5.452; *min*=3.000; *Max*=11.000), este valor se encuentra dentro del rango mínimo (3-5) de acuerdo con los valores del inventario IPDP.

En relación con el constructo de Estilos de Afrontamiento (*EA; mean=25.929; min=14.000; Max=40.000*), este valor se encuentra dentro del rango medio (22-33), de acuerdo con el inventario IPDP.

Finalmente, para el caso del constructo de Respuestas Emocionales y Cognitivas tras la Pérdida (*RE; mean=24.881; min=13.000; Max=42.000*), este valor se encuentra dentro del rango medio (24-36) de acuerdo con los valores del inventario IPDP.

Discusión.

Dando respuesta al objetivo principal de esta investigación, de analizar el proceso de duelo por muerte violenta de un familiar en primer grado de consanguinidad, los resultados arrojan que de los 42 sujetos evaluados en cada constructo del inventario de duelo IPDP, indican que un gran porcentaje de los deudos tienen afectación en los constructos de estilos de afrontamiento (*mean=25.929*) y de respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida (*mean=24.881*), lo que implica, duelo patológico según el inventario IPDP. Por el contrario, los constructos de creencias sobre el fallecido (*mean=5.452*) y de proyecto de vida (*mean=13.048*); refieren que las manifestaciones del duelo tienen un nivel de afectación inferior, según la media del IPDP, lo que demuestra que estos constructos están dentro del proceso de duelo esperado.

Por otra parte, se establece para esta investigación la variable de tiempo de pérdida del ser querido y se divide por 3 categorías, donde se evidencia que el 78,57% de los sujetos se encuentra en la categoría de tiempo superior a tres años, el 11,90% está en la categoría de 6 meses a 1 año y el 9,52% se encuentra en la categoría de tiempo menor a 6 meses.

En relación con las diferentes teorías investigadas encontramos correlación con los resultados de la aplicación de la prueba IPDP. Se identifica que en las manifestaciones del proceso de duelo puede presentarse síntomas emocionales y físicos como enojo, rabia, impotencia, culpabilidad, depresión, ansiedad e indisposición emocional, como desesperanza, fatiga, problemas de salud, como hipertensión arterial e insomnio. También,

“prevalece la falta de preparación para la muerte, evaluación negativa de sí mismos y algunos estresores sociales como el estigma social, la exposición a los medios de comunicación y los procedimientos legales” (Nakajima, S., *et al.*, 2012). Estas conclusiones, se correlacionan con los resultados del IPDP y sus cuatro constructos.

Conclusiones.

La realización de esta tesis implicó una investigación documental con el fin de encontrar y organizar resultados de investigaciones relacionadas con las pérdidas y los procesos de duelo. Específicamente se analizó los procesos de duelo por muerte violenta de un familiar en primer grado de consanguinidad, aplicando el inventario para evaluar el duelo patológico en adultos IPDP, incluidos 29 mujeres y 13 hombres, mayores de edad, de diferentes nacionalidades. Cabe mencionar, que se utilizaron tres variables de lapso temporal, menor a 6 meses, de 6 meses a 1 año y superior a 3 años, para categorizar el tiempo de la pérdida del ser querido.

El inventario IPDP se divide en cuatro constructos los cuales son proyecto de vida, respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida, estilos de afrontamiento y creencias sobre el fallecido. A partir de la aplicación a la población específica se logra evidenciar que los constructos más afectados son las respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida junto con el constructo de estilos de afrontamiento, debido a que se encuentran dentro de los rangos de la media del IPDP, lo que indica duelo patológico.

Por otro lado, en los constructos como proyecto de vida y estilos de afrontamiento se identifica que se encuentran dentro de los rangos mínimos del inventario IPDP, evidenciando que las personas viven su proceso de duelo de manera normal.

Teniendo en cuenta que se considera duelo normal cuando los síntomas perduran menos de un año.

Limitaciones.

Las restricciones encontradas en la investigación señalan que el instrumento IPDP no se encuentra validado en Colombia. Por otro lado, al no contar con un rango de tiempo mayor para la aplicación de la prueba y por razones de salud pública, la difusión de la información se realizó únicamente de manera virtual.

Otra de las limitaciones, es el tamaño de la muestra teniendo en cuenta que no se pueden realizar inferencias estadísticas con la intención de generalizar los resultados.

Recomendaciones.

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados se abre la puerta para futuros estudios lo cual permite seguir investigando en este campo, esta acción conlleva a que se permita la validación en Colombia del instrumento de duelo IPDP.

Otra recomendación es que se pueda realizar el estudio en poblaciones más grandes para obtener unos resultados generalizados y así nutrir esta tesis y futuras investigaciones.

Se propone que el estudio se realice de forma experimental donde se pueda tener un mayor control de las variables y su manipulación, para que se pueda establecer relación de causa y efecto con el fin de entender mejor los constructos y su relación.

Considerando que los procesos de duelo tienen un nivel de afectación en diferentes áreas del ser humano, una de las recomendaciones es que se pueda realizar campañas de concientización sobre lo imperativo de la salud mental y aún más en procesos de pérdida de un ser querido

Referencias bibliográficas

Aguirre, V. (2020, February 16). Vínculo de apego y estrategias de afrontamiento respecto a la comprensión de la. Retrieved May 29, 2021, from Docplayer.es website: <https://docplayer.es/amp/177625789-Vinculo-de-apego-y-estrategias-de-afrontamiento-respecto-a-la-comprension-de-la.html>

Almendro Marín, M. T., Clariana Martín, S. M., Hernández Cofiño, S., Rodríguez Campos, C., Camarero Miguel, B., & Río Martín, T. del. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213–227.

Alarcón Burneo, F. R. (2014). Tesis. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7174>

Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2020). Comorbilidad entre duelo complicado, sintomatología ansiosa y depresiva en dolientes de primer grado. *Roderic.Uv.Es.*, from <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/75687/140611.pdf?sequence=1&isAllowed=>

Análisis Y Modificación De Conducta, 33(147). doi: <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v33i147.1205>

Análisis y Modificación de Conducta, 23, 61-83. Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York. international University Press

Abengózar, M^a. C. (1994). *Cómo vivir la muerte y el duelo. Una perspectiva Clínico-Evolutiva de Afrontamiento*. Universidad de Valencia. Valencia.

arttext&pid=S165789612015000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Bassaluzzo Tamborini S. *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Consejería de Salud de Andalucía: Editorial Alsur; 2012: 83-85.

Beltran, N. P. (2005). Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 36(3), 345–347.

Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*. 2009 Jul;166 (7):786-94.

Bernal, R. y Avendaño, B. (2017). Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos. Universidad Santo Tomas. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/679/67957684010/html/index.html>

Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Ediciones Martínez Roca.

Bowen, M. (1976): Family reactions to Death. En P. Guerin (de.), Family

Bowlby, J. (1980): La pérdida afectiva. Paidós, Barcelona, 1993.

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.

Ducasse, J. A (1961). *Critical Examination of the Belief in a Life After Death*, Springfield, New York. Recuperado de: <http://www.survivalafterdeath.info/library/ducasse/critical/contents.htm>

Domingo, Vedia. V. (2016, septiembre). *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia Volumen VI Número 2*. [Psicociencias.org](http://www.psicociencias.org).
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

Echeburúa, E., & Herrán Bolx, A. (2007). ¿cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? from http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5804/Cuando_el_duelo_es_patologico.pdf?sequence=2

De Miguel, A. y Muñoz, F.A. (1998). Aspectos conductuales de la intervención en crisis. En Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 25 (6), 177-181

De Miguel, A y Muñoz, F.A. (1998). Aspectos conceptuales de la intervención en crisis. Rev Psiquiatría Fac Med Barna, 25(6), 177-182.

De Ortúzar María G. (1996). La Definición de muerte desde las Perspectivas Filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler. Revista de Filosofía y de Teoría Política - Nro. 31-32

Fernández-Montalvo, Javier & Echeburúa, Enrique. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. Análisis y Modificación de Conducta. 23. 6183.

Folkman, S. y Lazarus, RS (1988). Afrontamiento como un mediador de la emoción. Revista de personalidad y psicología social, 54 (3), 466.

For complicated grief disorder. The American Journal of Psychiatry, (1997); 154: 904-10.

García-Rillo, Arturo; García-Pérez, Leticia y Duarte (2012). Jesús. La muerte como experiencia de vida y la labor humanística de anunciar la muerte en medicina. Medicina Interna de México, vol. 28, no. 6, 598-602.

García-Viniegras, Carmen Regina Victoria, & Pérez Cernuda, Caridad. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 12(2), 265-274. Recuperado en 24 de abril de 2021, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=pt

Gomer, M. (2007). La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Editorial Aran. España. Recuperado de https://books.google.com.co/books?id=i4nL0FLPUZoC&printsec=frontcover&dq=afectaci%C3%B3n+emocional+a+familias+a+causa+de+muerte+violenta&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj1_YX39bvAhUEyFkKHc0ZBK0Q6AEwBHoECAAQA#v=onepage&q&f=false

Gullo, S. (2013), ¿Qué es el Duelo?, Revista (virtual) ,19 (2), p.11. Recuperado de:

<http://p%C3%A9rdidasyduelo.blogspot.com.co/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci>

Helpsi, (2021). Tareas y recomendaciones para el proceso de duelo. Helpsi-capital humano. Recuperado de: <https://helpsi.mx/recomendaciones-para-proceso-de-duelo/>

Hernandez, F. (2006). El significado de la muerte. Revista digital universitaria. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904–910.

Horowitz, M.J., Wilner, N., Marmar, C. y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.

Hinton, J. (1974). Experiencias sobre el morir. Barcelona. Ariel. Alario, S. (1996). Pena mórbida. En Muerte y neurosis. Valencia. Promolibro.

Kübler-Ross, E. and Kessler, D., (2016). Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga. Recuperado de:

https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf

Kübler-Ross, E. (1992) *Los niños y la muerte*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. Ediciones

Kübler-Ross, E. (1992). *Elisabeth Kübler-Ross- Los Niños y la Muerte*. Medicinaudea.Co. from https://teleduccion.medicinaudea.co/pluginfile.php/179529/mod_resource/content/1/Los-ni%C3%B1os-y-la-muerte%20K%C3%BCbler-Ross.pdf

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986

Liz Bernal, R., & Avendaño, B. L. (2018). Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos. *Diversitas*, 14(1), 121-136. Recuperado de: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.09>

López Timoneda, F. (1995). *Definición y Clasificación del dolor*. usm.es. Retrieved 25 April 2021, from <http://file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Temp/1481-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1569-1-10-20110525.PDF>

Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.): *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas.

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.

Nakajima, S., Ito, M., Shirai, A., & Konishi, T. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210–214. Recuperado de <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/snakajima>

Ortuza, M. (1996). La definición de la muerte desde las perspectivas filosóficas Bernard Gert y Daniel Wikler. Universidad nacional de la palma, FaHCE. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2563/pr.2563.pdf

Pérez Barrero, Sergio Andrés. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&tlng=es.

Pérez Restrepo, S. J., & Graciano Zapata, L. Z. (2016). La dinámica familiar afectada por la muerte violenta de alguno de sus miembros. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Recuperado de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5004/TTS_PerezRestrepoSandraJannet_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Barrero, S.A. (2007) ¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes? E-Book. Psicología on line. URL <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/suicidio/index.shtml>

Pérez, V., Burgos, N. y Machado, D. (2020). Características de las muertes violentas ocurridas en el territorio sur de Ciego de Ávila en el quinquenio 2013-2017. Recuperado de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1374/2031>

Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P., (2007). Prolonged Grief Disorder: a case for inclusión 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.

Quijada, J. y Ramírez, M. (1997). *Cuerpo y Mente ante la muerte*. Centro de estudios mexicanos y centroamericanos. Recuperado de <https://books.openedition.org/cemca/2510?lang=es>

Real academia española, (2021). Diccionario de la lengua española (23a ed.). Conceptos y significado de la muerte. Madrid, España. Recuperado de <https://dle.rae.es/muerte>

Rico, N. Diana M. (2017) Cuando muere un ser querido variables asociadas a la vivencia ante la muerte - Universidad de las Américas, México - Revista Electrónica De Psicología Iztacala. Vol. 20, 3, Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3/Vol20No3Art15.pdf>

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.

Sherry, L (1992) *Agonia, muerte y duelo*. Barcelona: Editorial Martinez Roca

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.

Sousa, V., Driessnack, M. & Costa-Mendes, I., (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 15(3), 1-6. Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf

Sorrentino, S. A., & Remmert, L. (2020). *Manual Mosby de Cuidados Basicos de Enfermeria* (6th ed.). Elsevier. <https://play.google.com/store/books/details?id=3cnSDwAAQBAJTal>

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177–186.

W. Worden (1997): El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia, p. 26.

Worden, J. W. (1998). El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona. Paidós.

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

Anexos.

1. Inventario para evaluar el duelo patológico en adultos (IPDP). Liz Bernal, R., & Avendaño, B. L. (2018)

Instrucción del Inventario				
A continuación encontrará una serie de ideas que pueden reflejar su forma de pensar durante los últimos meses desde el fallecimiento de su ser querido. Por favor marque en las columnas usando una X aquella que mejor indique su pensamiento. Para responder las preguntas 1 a 37, tenga en cuenta las siguientes opciones:				
1. Nunca lo he pensado (N) 1				
2. Ocasionalmente lo he pensado (O) 2				
3. Frecuentemente lo he pensado (F) 3				
4. Casi siempre lo he pensado (CS) 4				
Ítems				
1. Desde que falleció deseo intensamente tenerlo/a de nuevo junto a mí.				
2. Desde que falleció pienso más en Él/ Ella				
3. Llora la mayor parte del tiempo después de la muerte de Él/ Ella				
4. Mi llanto está directamente relacionado con mi pérdida				
5. Cuando pienso en cómo se encontrará me siento triste				
6. Me es difícil revivir los momentos bonitos con él/ella sin sentirme molesto				
7. Cuando recuerdo las características positivas de él/ella siento malestar				
8. La mayoría de mis pensamientos están relacionados con él/ella				
9. Me siento mal cada vez que pienso en las circunstancias de la muerte de Él/ Ella				
10. No puedo aceptar que esté muerto				
11. Prefiero pensar que Él/ Ella está vivo/a				
12. Sin él/ella no valgo nada				
13. Yo debí morir en lugar de él/ella				
14. Debería estar solo/a después de su muerte				
15. Desde su partida me siento solo/a				
16. Él/ Ella murió por mi culpa				
17. Mi futuro ya no tiene sentido sin su presencia				
18. Sin él/ella ya no tiene sentido soñar				
19. Por la muerte de Él/ Ella tendré dificultades en mi trabajo				
20. Después de su partida considero que yo no puedo seguir con las cosas que había planeado				
21. Me siento incapaz de vivir mi vida sin él/ella				
22. Deseo mi propia muerte para poder estar a su lado				
23. Prefiero morir a vivir la vida sin Él/ Ella				
	0	0	0	0
Para responder las siguientes preguntas, tenga en cuenta las siguientes opciones:				
1. Totalmente de acuerdo (TA) 4				
2. De acuerdo (A) 3				
3. En desacuerdo (D) 2				
4. En completo desacuerdo (CD) 1				
24. Siento una profunda tristeza en relación con la muerte de Él/ Ella				
25. Ninguna de las actividades que realizo las disfruto por pensar en su fallecimiento				
26. Después de la muerte de Él/ Ella disfruto menos lo que antes hacía				
27. Después de la muerte de Él/ Ella río menos				
28. Siento mucha ira por su partida.				
29. Cuando me doy cuenta que estoy sin él/ella me da mucha tristeza				
30. Cuando realizo mis actividades sin él/ella me siento muy molesto.				
31. Desde que falleció Él/ Ella duermo menos horas				
32. Me siento agobiado/a por la muerte de él/ella				
33. Me siento enfermo/a por la muerte de él/ella				
34. Me cuesta trabajo aceptar que él/ella ha muerto				
35. Prefiero evitar los lugares donde pasé momentos con él/ella				
36. Trabajo sin ganas desde su partida				

Constructo	Mínimo	Medio	Máximo	
respuestas emocionales y cognitivas tras la pérdida	12	24	36	48
creencias sobre el fallecido	3	6	9	12
proyecto de vida	10	20	30	40
estilos de afrontamiento	11	22	33	44