

Evaluación del riesgo de duelo complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir Cuidados Paliativos en Gran Canaria y en La Habana

M^aCarmen Batista Rodríguez

Director: Fernando Calvo Francés
Programa de Doctorado en Psicología de la Salud
Las Palmas de Gran Canaria, 2015

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Enfermería

Programa de Doctorado en Psicología de la Salud



Evaluación del Riesgo de Duelo Complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir Cuidados Paliativos en Gran Canaria y en La Habana

**Tesis Doctoral presentada por M^a Carmen Batista Rodríguez
Dirigida por el Dr. Fernando Calvo Francés**

El Director

La Doctoranda

Las Palmas de Gran Canaria, a de

de 2015

La respuesta es solo respirar, está en el tiempo...

Cuando cesa la lluvia, aflora la calma... nace la vida.

Oír la tormenta alejarse... es la hora de atender al

Silencio...



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

Tesis Doctoral 2015

Evaluación del riesgo de duelo
complicado de cónyuges de
enfermos fallecidos por cáncer
después de recibir Cuidados
Paliativos en Gran Canaria y
en La Habana.

M^aCarmen Batista Rodríguez

Director: Fernando Calvo Francés
Programa de Doctorado en Psicología de la Salud
Las Palmas de Gran Canaria, 2015

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos quienes hicieron posible la realización y culminación de la presente investigación.

Deseo manifestar mi principal gratitud al Departamento de Enfermería en el Programa de Doctorado en Psicología de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. En especial, a mi director de tesis, Dr. Fernando Calvo Francés por haber permitido mi estancia en su grupo de doctorandos, ofreciéndome desde el principio su acogida y disposición para la investigación, con su asesoramiento implacable desde sus conocimientos técnicos y rigor académico.

Al Dr. Jorge Grau Ábalo, amigo, guía profesional, y gran maestro, que siempre ha estado apoyándome con sus conocimientos, buen saber, con delicadeza y entrega.

Por supuesto anhelo reflejar mi gratitud de forma especial a los dolientes que asumieron participar en la investigación, que con su entrega y colaboración en este trabajo, otorgaron ayuda en el mejora de la calidad en la asistencia a personas que están elaborando un duelo. A todos ellos, mi gran reconocimiento.

Agradecer a los compañeros de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, y en especial al Dr. Marcos Gómez Sancho y al Dr. Manuel Ojeda Martín, que siempre apoyaron el motivo de esta investigación.

A mis compañeras del equipo psicosocial por su labor profesional a los dolientes, en recogida de datos y acompañamiento en su dolor emocional tras la pérdida: A Fátima, Nuria, Cecilia y Gisela.

Al Dr. D. Raúl Grau Ábalo por su dedicación y ayuda en el tratamiento estadístico de los datos. Al Profesor de Estadística de la Universidad de Salamanca, D. José Manuel García de Cecilia por su también aportación en análisis de datos y asesoramiento estadístico continuo.

A Manuel Arbelo por su gran consideración y presencia continúa en mis momentos más duros; su capacidad, sus conocimientos, su entrega, su cariño y constante estímulo que me aportó seguridad y constancia en todo el proceso.

A Goretti e Inma, que supieron aportarme calma, en momentos intensos de cansancio y miedo, gracias por vuestra ayuda totalmente desinteresada.

También y especialmente dar las gracias a mi familia sin cuyo apoyo no hubiese sido posible culminar este trabajo.

A mis hijos Gabriel y Hugo, por su tolerancia y comprensión.

A mi madre, por su motivación, cariño y fuerza.

A mi hermana Marian, por su delicadeza y siempre presencia.

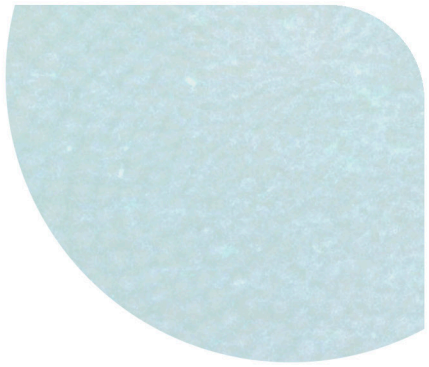
A mi hermano Alfonso, por su ayuda y colaboración.

A mi queridísima amiga Bene, por su grandeza y continua entrega.

A mi leal amiga Fátima, a quien nunca le podré devolver lo recibido.

Y siempre en recuerdo de mi padre, por sus enseñanzas, constancia, tesón y responsabilidad, que me han ayudado a llegar hasta aquí.

A todos, gracias de corazón.



Índice



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	27
1.1. El duelo como proceso de adaptación a las pérdidas.....	29
1.2. El duelo como factor de riesgo para problemas de salud.....	38
1.2.1. Impacto del Sistema Inmunológico en el proceso de duelo.....	46
1.2.2. Duelo y Salud Mental.....	52
1.3. Manifestaciones del duelo.....	54
1.4. Características emocionales y conductuales del duelo.....	58
1.5. Fases, tareas y tipos de duelo.....	62
1.6. Factores implicados en el duelo complicado.....	71
1.7. La Intervención en el duelo: la necesidad de seguimiento no intrusivo.....	77
2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	83
3. MÉTODO.....	85
3.1. Participantes.....	87
3.2. Instrumentos.....	88
3.3. Procesamientos estadístico de los datos.....	94
3.4. Consideraciones Éticas.....	97
4. RESULTADOS.....	99
4.1. Análisis de los participantes en la investigación (datos generales de los dolientes) y comparación de ambas poblaciones.....	102
4.2. Resultados del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) en la etapa de duelo temprano. Comparación en ambas poblaciones.....	117
4.3. Resultados del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) en sus dos partes en la etapa de duelo temprano. Comparación entre ambas poblaciones.....	124
4.4. Detección de grupos (clusters) de dolientes. Comparación de los clusters respecto	

a datos generales y relación de los mismos con los resultados del CRDC y el ITRD.....	139
4.5. Resultados del CRDC a los 14 meses de la pérdida:	
Comparación entre poblaciones.....	148
4.6. Resultados del ITRD en sus dos partes, a los 14 meses de la pérdida.	
Comparación entre poblaciones.....	162
4.7. Relación entre los sub-grupos (clusters) de dolientes detectados en la fase de duelo temprano con los resultados del CDRC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida.....	186
5. DISCUSIÓN.....	191
6. CONCLUSIONES.....	215
7. BIBLIOGRAFÍA.....	219
8. ANEXOS.....	237
I. Autorización del Comité de Ética para investigación (Gran Canaria-La Habana).....	239
II. Protocolo de Consentimiento Informado.....	245
III. Ficha de Datos Generales y Variables Sociodemográficas.....	247
IV. Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado.....	249
V. Inventario de Texas Revisado de Duelo.....	253

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios para contrastar similitudes y diferencias entre duelo y depresión.....	76
Tabla 2: Distribución por edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, convivencia..... y cantidad de hijos de los dolientes en ambas poblaciones.	103
Tabla 3: Antecedentes patológicos personales y enfermedades crónicas diagnosticadas..... en los últimos 3 años y con tratamiento actual en ambas poblaciones.	106
Tabla 4: Clasificación de las muestras según su diferenciación por variables..... sociodemográficas y APP.	109
Tabla 5: Antecedentes patológicos familiares (abuelos, padres y hermanos) en ambos..... grupos de dolientes.	111
Tabla 6: Clasificación de las muestras según su diferenciación por APF.....	114
Tabla 7: Existencia de muertes traumáticas o inesperadas en otros familiares o amigos.....	114
Tabla 8: Cantidad de muertes traumáticas en familia o amigos.....	114
Tabla 9: Tipo de muerte y parentesco con el doliente.....	115
Tabla 10: Problemas económicos de los dolientes y apoyo socio-familiar percibido.....	116
Tabla 11: Comparación entre poblaciones de los 8 ítems del CRDC en duelo temprano.....	118
Tabla 12: Niveles de riesgo en ambas poblaciones según puntuación total del CRDC..... (duelo temprano).	121
Tabla 13: Clasificación de las muestras según su diferenciación en CRDC (duelo temprano)....	123
Tabla 14: Resultados del ITRD-I (pasado), ítems 1-8: comparación entre poblaciones..... (duelo temprano).	125
Tabla 15: Puntuación resumen del ITRD-I: comparación entre poblaciones..... (duelo temprano).	128
Tabla 16: Resultados del ITRD-I (actual), ítems 1-13: comparación entre poblaciones..... (duelo temprano).	129
Tabla 17: Puntuación resumen del ITRD-II: a los 3 meses de la pérdida: comparación entre poblaciones.	134
Tabla 18: Comparación de medianas del ITRD entre poblaciones en dos momentos de evolución del duelo (pasado, recién fallecido el cónyuge y actual, a los 3 meses).	135
Tabla 19: Clasificación de las muestras según su diferenciación en ITRD (duelo temprano)....	137

Tabla 20: Nodos terminales (8) con reglas de identificación entre las muestras.....	138
Tabla 21: Formación de clusters de los dolientes.....	140
Tabla 22: Perfiles de los clusters según valores medianos de los indicadores del ITRD-I (duelo temprano).	140
Tabla 23: Perfiles de los clusters según valores medianos de los indicadores del ITRD-II (duelo temprano).	141
Tabla 24: Relación entre algunos datos generales (procedencia, género, edad y nº de hijos, estudios, si trabaja, convivencia y APP) y clusters de pertenencia de los dolientes.	142
Tabla 25: Distribución de los APP entre los clusters.	144
Tabla 26: Relación entre el riesgo por el CRDC y los clusters determinados por el ITRD (estadísticas descriptivas).	145
Tabla 27: Puntuación resumen del CRDC y número del cluster en duelo temprano.	145
Tabla 28: Clasificación de las muestras según valores de datos generales, CRDC y ITRD (duelo temprano).	146
Tabla 29: Merma de casos en estudio final evolutivo, descripción por géneros.	149
Tabla 30: Datos de la muestra inicial y final (total) para la significación de Chi-Cuadrado.	149
Tabla 31: Puntaje total del CRDC a los 14 meses, por poblaciones.	150
Tabla 32: Cambios en el CRDC después de 14 meses en ambas poblaciones.	151
Tabla 33: Cambios en el CRDC 14 meses después en el ítem 1: comparación entre poblaciones.	152
Tabla 34: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 1) en ambas poblaciones.	152
Tabla 35: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 2: comparación entre poblaciones.	153
Tabla 36: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 2) en ambas poblaciones.	153
Tabla 37: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 3: comparación entre poblaciones.	154
Tabla 38: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem3) en ambas poblaciones.	154

Tabla 39: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 4: comparación entre poblaciones.	154
Tabla 40: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 4) en ambas poblaciones.	155
Tabla 41: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 5: comparación entre poblaciones.	155
Tabla 42: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 5) en ambas poblaciones.	156
Tabla 43: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 6: comparación entre poblaciones.	156
Tabla 44: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 6) en ambas poblaciones.	157
Tabla 45: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 7: comparación entre poblaciones.	157
Tabla 46: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 7) en ambas poblaciones.	158
Tabla 47: Cambio en el CRDC a los 14 meses después en el ítem 8: comparación entre poblaciones.	158
Tabla 48: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después en CRDC (ítem 8) en ambas poblaciones.	159
Tabla 49: Clasificación de las muestras según valores del CRDC entre las poblaciones en duelo tardío.	161
Tabla 50: Puntuación resumen del ITRD-I, a los 14 meses de la pérdida: comparación entre poblaciones.	162
Tabla 51: Rangos según test de Wilcoxon inicial-después del ITRD-I en las poblaciones, en duelo tardío.	162
Tabla 52: Resultados del cambio en ítem 1 del ITRD-I, entre poblaciones.	163
Tabla 53: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 1 en ITRD-I en las poblaciones.	164
Tabla 54: Resultados del cambio en ítem 2 del ITRD-I, entre poblaciones.	165
Tabla 55: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 2 en ITRD-I en las poblaciones.	165

Tabla 56: Resultados del cambio en ítem 3 del ITRD-I, entre poblaciones.	165
Tabla 57: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 3 en ITRD-I en las poblaciones.	166
Tabla 58: Resultados del cambio en ítem 4 del ITRD-I entre poblaciones.	166
Tabla 59: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 4 en ITRD-I en las poblaciones.	167
Tabla 60: Resultados del cambio en ítem 5 del ITRD-I entre poblaciones.	167
Tabla 61: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 5 en ITRD-I en las poblaciones.	167
Tabla 62: Resultados del cambio en ítem 6 del ITRD-I entre poblaciones.	168
Tabla 63: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 6 en ITRD-I en las poblaciones.	168
Tabla 64: Resultados del cambio en ítem 7 del ITRD-I entre poblaciones.	169
Tabla 65: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 7 en ITRD-I en las poblaciones.	169
Tabla 66: Resultados del cambio en ítem 8 del ITRD-I entre poblaciones.	170
Tabla 67: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 8 en ITRD-I en las poblaciones.	170
Tabla 68: Comparación de poblaciones a nivel de ítems del ITRD-I en ambas poblaciones.	171
Tabla 69: Puntuación resumen del ITRD, parte II (sentimientos actuales), a los 14 meses: Comparación entre poblaciones.	172
Tabla 70: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, duelo tardío entre poblaciones.	172
Tabla 71: Resultados del cambio en ítem 1 del ITRD-II entre poblaciones.	173
Tabla 72: Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, ítem 1 en ITRD-II en las poblaciones.	173
Tabla 73: Resultados del cambio en ítem 2 del ITRD-II entre poblaciones.	174
Tabla 74: Rangos del cambio en ítem 3 del ITRD-II entre poblaciones.	174
Tabla 75: Resultados del cambio en ítem 3 del ITRD-II entre poblaciones.	175

Tabla 76: Rangos del cambio en ítem 3 del ITRD-II entre poblaciones.	175
Tabla 77: Resultados del cambio en ítem 4 del ITRD-II entre poblaciones.	175
Tabla 78: Rangos del cambio en ítem 4 del ITRD-II entre poblaciones.	176
Tabla 79: Resultados del cambio en ítem 5 del ITRD-II entre poblaciones.	176
Tabla 80: Rangos del cambio en ítem 5 del ITRD-II entre poblaciones.	177
Tabla 81: Resultados del cambio en ítem 6 del ITRD-II entre poblaciones.	177
Tabla 82: Rangos del cambio en ítem 6 del ITRD-II entre poblaciones.	178
Tabla 83: Resultados del cambio en ítem 7 del ITRD-II entre poblaciones.	178
Tabla 84: Rangos del cambio en ítem 7 del ITRD-II entre poblaciones.	179
Tabla 85: Resultados del cambio en ítem 8 del ITRD-II entre poblaciones.	179
Tabla 86: Rangos del cambio en ítem 8 del ITRD-II entre poblaciones.	180
Tabla 87: Resultados del cambio en ítem 9 del ITRD-II entre poblaciones.	180
Tabla 88: Rangos del cambio en ítem 9 del ITRD-II entre poblaciones.	181
Tabla 89: Resultados del cambio en ítem 10 del ITRD-II entre poblaciones.	181
Tabla 90: Rangos del cambio en ítem 10 del ITRD-II entre poblaciones.	182
Tabla 91: Resultados del cambio en ítem 11 del ITRD-II entre poblaciones.	182
Tabla 92: Rangos del cambio en ítem 11 del ITRD-II entre poblaciones.	182
Tabla 93: Resultados del cambio en ítem 12 del ITRD-II entre poblaciones.	183
Tabla 94: Rangos del cambio en ítem 12 del ITRD-II entre poblaciones.	183
Tabla 95: Resultados del cambio en ítem 13 del ITRD-II entre poblaciones.	184
Tabla 96: Rangos del cambio en ítem 13 del ITRD-II entre poblaciones.	184
Tabla 97: Clasificación de las muestras según su diferenciación en ITRD (duelo tardío).	186
Tabla 98: Relación entre el riesgo por el CRDC a los 14 meses y los clusters determinados ... por el ITRD inicial (estadísticas descriptivas).	187
Tabla 99: Puntuación resumen del CRDC y número del cluster en duelo tardío.	187

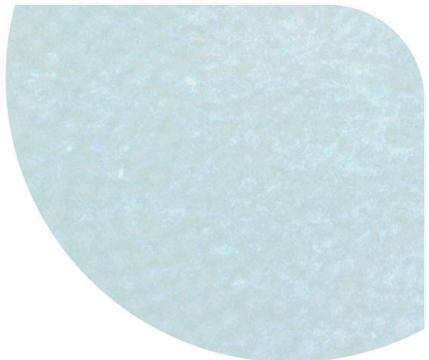
Tabla 100: Clasificación de las poblaciones en clusters iniciales con resultados del 189
CRDC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Distinción multivariada de los dos grupos de dolientes de datos generales y APP.....	108
Figura 2:	Distinción multivariada de los dos grupos de dolientes a partir de APF.....	113
Figura 3:	Distinción multivariada según variables del CRDC en duelo temprano.....	123
Figura 4:	Distinción multivariada según variables del ITRD (I y II), duelo temprano	136
Figura 5:	Identificación de los clusters por datos generales, CRDC y el ITRD I y II,	147
	en duelo temprano	
Figura 6:	Distinción multivariada según variables del CRDC a los 14 meses.....	161
Figura 7:	Distinción multivariada según variables del ITRD (I-II) a los 14 meses.	185
Figura 8:	Identificación de los 3 clusters por datos generales, CRDC y el ITRD I y II,	188
	a los 14 meses	
Figura 9:	Resumen del esquema de comparación de poblaciones en relación con CRDC	209
Figura 10:	Resumen del esquema de comparación de poblaciones en relación con ITRD-I	209
Figura 11:	Resumen del esquema de comparación de poblaciones en relación con ITRD-II	210

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APF:	Antecedentes Patológicos Familiares.
APP:	Antecedentes Patológicos Personales.
CRDC:	Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado.
CHAID:	Decision Trees Learning to Classify with Branching Test.
HTA:	Hipertensión Arterial.
ITRD:	Inventario de Texas Revisado de Duelo.
NHI:	National Health Institute.
NK:	Células Natural Killer.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.



Introducción



Introducción

El duelo como proceso de adaptación a las pérdidas

El desarrollo de cada ser humano, atraviesa una serie de etapas, que transcurren de manera gradual, progresiva y no claramente delimitada. La vida humana se conforma socialmente, y va alcanzando esas diferentes etapas del desarrollo mediante una serie de ganancias y pérdidas propias de cada una de ellas. Si se considera el desarrollo como proceso movido por contradicciones internas podemos reconocer claramente las ganancias y las pérdidas como un par que mueve al ser humano al cambio.

Esta tesis trata, en particular, sobre las pérdidas (de alta significación para el individuo) y el proceso que las acompaña. Cuando una persona deja de estar en relación con aquello que perdió, se producen reacciones de índole racional y afectiva, que se han definido como duelo. La pérdida es una vivencia, y como toda vivencia está marcada por la relación afectiva del individuo con el medio, en especial con la familia, por aquello que integra lo adquirido hasta el momento, con lo externo (Arés, 2007; Campos & Rojo, 2012; Clavijo, 2002; González, 2000; Grau, 2011a; Grau, Victoria & Vargas, 2015; Louro, 2001; Parkes & Weiss, 1983; Pérez, 2015; Tizón, 2004; Worden, 1997).

Las experiencias de pérdidas son fundamentales en el desarrollo emocional del ser humano, aunque este hecho es comúnmente minusvalorado por las propias personas que lo viven y por los profesionales de la salud. Algunas son tan significativas que comprometen nuestra salud psíquica y física, son aquellas que teniendo una gran repercusión suelen quebrarnos e, incluso, modificar nuestra percepción del mundo (Gil-Juliá, Bellver & Ballester, 2008; Gómez Sancho, 2007; Holc, 2015; Meza-Dávalos et al., 2008).

Para comprender el sentimiento de pérdida es necesario tener en cuenta los vínculos afectivos de apego que se establecen desde el nacimiento. El apego afectivo surge a partir de

las necesidades, sentimientos e interacciones sociales a lo largo de toda la vida de la persona. Las relaciones que se establecen desde la infancia pueden ser verbales o simbólicas, enriquecedoras o frustrantes, y aunque éstas se desarrollan a lo largo de toda la vida, se ha observado que las relaciones de afecto que comienzan a edades tempranas cumplen un papel definitivo en la vida emocional del ser humano, por su intensidad y por su significado; de tal manera, que mientras más íntima, importante e intensa sea la relación afectiva con el ser u objeto querido, mayor será el efecto devastador de su pérdida (Gómez Sancho, 2007; González, 2012; Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Mazorra & Tinocco, 2005; Pangrazzi, 1993, 2002)..

Existen diferentes tipos de pérdidas, algunas de ellas son respuestas a hechos muy concretos, como por ejemplo la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación íntima, otras no se pueden observar a simple vista, tal es el caso de la pérdida de la autonomía y de la autoeficacia durante una enfermedad, la pérdida de la ilusión o la pérdida de la esperanza; o después de que uno de los padres, un hermano o un amigo abandona el hogar o se muda de vivienda. También una persona puede ir perdiendo facultades físicas o mentales, y de esta manera ser protagonista de su propio duelo por estas pérdidas paulatinas. La muerte de una mascota puede provocar fuertes sentimientos de aflicción, algunas personas se sorprenden por lo dolorosa que puede llegar a ser esta pérdida, pero los lazos de amor compartidos con las mascotas son reales y los sentimientos de pérdida y dolor cuando mueren también lo son. Existen otras pérdidas que se vivencian como muy necesarias para el crecimiento personal: perder la gratificación de ser cogido en brazos aprendiendo a caminar, la pérdida de la seguridad que proporciona el hogar cuando toca alejarse del mismo, etc. En estos ejemplos a cada pérdida le corresponde una ganancia o un logro y, generalmente, son inevitables, aunque ocasionen cierto dolor. Lo relevante de estas pérdidas está dado en que ellas en sí mismas implican una renuncia o un abandono a algo que es conocido y valorado como seguro, pero a

la vez implica un reto hacia el desprendimiento de ellas, a la autonomía como ser humano. Aunque todas estas pérdidas son experiencias universales generan en el individuo dolor y sufrimiento (Gil-Juliá et al., 2008; Grau et al., 2015; Martin, García-Ribera & Bulbena, 2004; National Health Institute, 2015; Psicología y Salud Mental, 2014).

Indudablemente, de todas las pérdidas que han sido comentadas, la pérdida de un ser querido es la más dolorosa (Boo, 2013; Oviedo, Parra & Marquina, 2009; Rodríguez, 2011) sin minimizar aquellas pérdidas que dejan huellas muy intensas y exigen un trabajo de duelo igual al que se elabora por la muerte, como es el caso de la ruptura amorosa, el divorcio, la salida de los hijos del hogar paterno y la jubilación, entre otras (Grau, 2011a). La muerte de los hijos y la pérdida de la pareja han sido quizás las más estudiadas por sus efectos devastadores (Augagneur, 1991; Bermejo, 2005; Bowlby, 1990; Brothers, 1992; Clayton, 1974; Fauré, 2004; Flórez, 2002; González, 2012; Grau et al., 2015; Meza-Dávalos et al., 2008; National Health Institute, 2015; Watch Tower, 2015).

Para muchas personas el proceso de duelo, a pesar del sufrimiento intenso, se desarrolla de una manera natural y, con el tiempo, pueden adaptarse a la pérdida y a sus consecuencias. Para otras personas, el duelo se complica cuando aparecen consecuencias mentales y físicas que afectan su salud y sus relaciones (Barreto & Soler, 2007; Grau et al., 2015; Holc, 2015; Infante, 2012; Zissook & DeVaul, 1985). La resolución del duelo ocurre cuando se acepta la pérdida como una realidad, pero provocando un movimiento mental hacia algo más, hacia un nuevo objetivo (Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a; Grau et al., 2015; O'Hanlon, 2005; Payás, 2010; Tizón, 2004). No se trata de remplazar, pero sí desarrollar una nueva opción donde se encuentre un significado que conecte con todas las capacidades y recursos del individuo. Este debe salir de la sensación de dolor, de temor, de incapacidad, de inseguridad, junto con todos los temores y creencias limitantes que implica retomar otra vez la vida. Se trata de generar nuevos objetivos, resolviendo el duelo lo más pronto posible, pasando por las

diferentes etapas necesarias y viviendo cada una de ellas, dándose cuenta de que las pérdidas son inherentes a la vida, pero ésta no acaba ni se para. La pérdida es un reto para seguir creciendo, para superarse a sí mismo, para desarrollarse uno como ser humano (Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Psicología y Salud Mental, 2014; Sanders, 2013).

La mayoría de los libros sobre el duelo sostienen que la persona afectada debe atravesar por varias etapas para resolverlo. El duelo no es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de fenómenos internos que precisan de cierto tiempo para ser superados y cuyas etapas no pasan igual en todas las personas (Sanders, 2013). Es importante descubrir la manera en que se afronta el duelo, lo cual posibilita encontrar pautas para superarlo. Esto ayudará a retomar los momentos felices, la riqueza que dejaron esas personas y las vivencias positivas compartidas con ellos. La persona doliente puede preguntarse a sí mismo: "¿Para qué me sirve seguir lamentando este hecho en mi vida? ¿Cómo puedo yo salir de esto? ¿Qué opciones diferentes hay a mí alrededor? ¿Cuál sería la mejor? ¿Qué pasaría si intento algo más? ¿Cuáles son los beneficios de una nueva actitud?". Este tipo de preguntas implican un movimiento mental, cognitivo y emocional, que conduzca a desarrollar otras conductas.

El duelo es una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido (Bermejo, 2003; Grau, 2011a; Psicología y Salud Mental, 2014; Victoria, Grau & Infante, 2014). Aunque el duelo no es una enfermedad, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano afrontan todos los seres humanos (Infante, 2012). Como proceso de adaptación, el duelo permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido. Es un proceso normal del ser humano que se prepara a vivir sin la presencia física del fallecido, pero mantiene el vínculo afectivo de forma que sea compatible con la realidad presente. Este proceso tiene lugar dentro de un medio social que lo contextualiza, atribuyéndole un determinado significado. El proceso de duelo que se vive a partir de esta construcción social estará determinado por la naturaleza de la muerte y ese

contexto en el que ocurre. Las dificultades para afrontar la pérdida de un ser querido dependen de una serie de factores, pero también tiene que ver con el hecho de que, en nuestra cultura, no tenemos una formación hacia el entendimiento y aceptación de la muerte. La reciente tragedia del avión estrellado en los Alpes nos recuerda que la preparación para las pérdidas debe comenzar desde épocas tempranas, más allá de las aulas. El proceso de duelo se concibe como reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. También se refiere a la reacción en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Naturalmente, la muerte ha sido el paradigma del duelo. Los componentes físicos, psicológicos y sociales del duelo, pueden tener intensidad y duración variables, proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Gómez Sancho, 2007). Al ser un proceso normal de adaptación, no requiere –en principio- del uso de psicofármacos ni de intervenciones psicológicas especiales con técnicas sofisticadas (Grau, 2011a).

Generalmente el sufrimiento psicológico del duelo es un dolor que no pasa, no desaparece, sino que más bien se anida y se expresa de forma oscilante; puede manifestarse como una irritabilidad constante, una tristeza profunda, aislamiento, desánimo, todo lo cual puede afectar no solamente a la persona que lo expresa, sino también a su grupo familiar y social. En un estudio en la Universidad de Akron, los cónyuges supervivientes oscilaban de una etapa a la otra entre la felicidad y la tristeza, entre el enfado y la tranquilidad hasta que tales oscilaciones se hacían menos frecuentes y graves y las emociones se estabilizaban (Sanders, 2013). El sufrimiento de la familia ante la muerte de un ser querido se acompaña de una sensación de discontinuidad: una interrupción de la relación con la persona que se marcha, el fin de las conversaciones, las sonrisas, el compartir, o planificar cosas con ella, es como una amputación (Watch Tower, 2015). De repente, aquello que antes era posible, ya no es posible.

Hasta hace unas décadas existían una serie de costumbres relacionadas con el proceso de la pérdida: rituales religiosos, recogimiento personal, compartir recuerdos con conocidos, plegarias o prestar atención a los propios sueños. En contraste, hoy en día la muerte ha quedado en nuestra sociedad generalmente oculta debajo de la alfombra, con ausencia de creencias y ritos en relación a este momento de la existencia. Pero la sensación de la pérdida persiste: la sensación de discontinuidad y de ausencia se mantiene. En nuestra cultura occidental, tan moderna e informatizada, recientemente ha resurgido esta necesidad de reencontrar al ser querido, de rendirle homenaje, de instaurar una forma de recuerdo, un reprocesar nuestras vidas en relación a la persona desaparecida. Es la necesidad de dar un significado a esta relación, un cerrar las cosas pendientes, el poder llegar a recordar sin sufrir. El proceso de duelo está adquiriendo, así, una connotación diferente (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015). Sin ser un problema de salud, es algo que preocupa a todos y que todos tendremos que atravesar (Victoria et al., 2014).

El duelo es un período de crisis, un proceso que atañe no sólo a la persona, sino a todo el organismo, que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas (Clavijo, 2002; González, 2000; González, 2012; Louro, 2008; Meza-Dávalos et al., 2008). En unos casos puede tratarse de trastornos que aparecen o se agravan durante el duelo. Otras veces, en el curso del duelo, surgen como descompensación de una enfermedad crónica previa. En otras ocasiones, las enfermedades se deberán a conductas de riesgo que se incrementan (alcohol, tabaco, abuso de medicamentos...). Es este un campo importante para la prevención y también para la educación desde edades tempranas.

Realmente, la muerte de una persona provoca un trauma psicológico en sus allegados, que si bien se puede considerar un proceso normal, en algunas ocasiones se complica y puede transformarse en un proceso patológico. Cada vez son más los estudios (con base en la psiconeuroinmunología) que ponen de manifiesto que, como consecuencia de esta pérdida,

los dolientes tienen una morbilidad elevada (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Helsing & Szclo, 1981; Holc, 2015; Infante, 2012; Lazare, 1979; Melltröm, 1982; Pérez, 2015; Psicología y Salud Mental, 2014; Restrepo, 2013; Sanders, 2013).

Los cambios producidos en las sociedades occidentales durante las últimas décadas, por lo que respecta al proceso de morir, han tenido mucho que ver en los problemas asociados a la morbilidad. Podríamos citar la negación de la muerte en el mundo de hoy, la desaparición fulminante de los procedimientos informales de ayuda que tenía la comunidad (desaparición del luto, etc.), el individualismo imperante, la crisis de los valores y de las religiones, los cambios en la forma de morir (morir en el hospital en vez de en casa), entre otros (Gómez Sancho, 2007; Grau, et al., 2015).

En estudios realizados se ha comprobado que los médicos de atención primaria han descubierto con frecuencia problemas de salud, físicos o psicológicos, en las personas que atraviesan un duelo, lo que habla de un proceso de salud pública semi-oculto que es preciso abordar (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2013; Garcia-García, Landa & Trigueros, 1995; García, 2014; Sarmiento, 2014; Victoria et al., 2014).

Parece ser que la pérdida con mayores repercusiones psicosociales y psicofisiológicas es la muerte del cónyuge (Gómez Sancho, 2007; García, 2014; National Health Institute, 2015; Psicología y Salud Mental, 2014; Sarmiento, 2014; Watch Tower, 2015). El proceso de duelo ante la pérdida de la pareja se ve influenciado por múltiples factores de naturaleza psicosocial y sociocultural. Se sabe que las manifestaciones de duelo no son las mismas en culturas donde prevalecen relaciones filiales con mucho apego que en otras culturas donde existen otras costumbres y estilos de vida diferentes (Grau et al., 2015). Se dice que la intensidad del duelo es proporcional al apego en el doliente, pero existen muchos otros factores que determinan no sólo su intensidad y manifestaciones, sino su propio curso. La identificación de los factores de riesgo de duelo complicado es la primera etapa en este proceso de

seguimiento y atención al duelo, de su determinación dependerá el curso sucesivo de las acciones (Barreto, Yi & Soler, 2008; García, 2014; Sarmiento, 2014).

El duelo, si bien es un proceso normal de adaptación a una pérdida, que de una u otra forma se da en todas las personas en diferentes momentos del curso vital, involucra sufrimiento, dolor y aceptación de realidades que no se superan fácilmente. El duelo por la muerte de un familiar que ha estado enfermo, y especialmente del cónyuge, se considera paradigmático, la muerte le imprime al duelo un carácter particular por su radicalidad, irreversibilidad, universalidad e implacabilidad. Las manifestaciones del duelo adquieren muchas veces carácter de síntomas y tanto el proceso, como sus manifestaciones, afectan en mayor o menor grado la calidad de vida y la salud de las personas dolientes. El duelo complicado, con una orientación patológica puede darse hasta en la tercera parte de todos los casos; convendría entonces identificar tempranamente los factores predictores de duelo complicado (Grau, Chacón & Reyes, 2012; García, 2014; Sarmiento, 2014).

Si el duelo es un proceso normal que cada persona elabora con los recursos de que dispone en función de su perfil biográfico y de su actitud ante la vida, y por otra parte, es un proceso que puede complicarse y necesitar perentoriamente la asistencia profesional, entonces hay que convenir con muchos expertos que recomiendan el seguimiento del duelo y no una intervención intrusiva, descontextualizada o a destiempo (García, 2014; Sarmiento, 2014). Las distintas modalidades para el seguimiento del duelo con estas características aparentemente antagónicas implican sutileza, cuidado, atención a la dignidad de cada ser humano, a su historia, a sus relaciones, acorde a los principios de autonomía, beneficencia y justicia (Grau et al., 2015).

Cuándo, cómo y quién debe intervenir, son preguntas de difícil respuesta ante el proceso de duelo y requiere tener en cuenta la individualidad de cada ser humano (Rojas, 2005). Probablemente, en muchos casos habrá que intervenir con diferentes procedimientos de

apoyo y manejo terapéutico, desde técnicas exploratorias y generales, basadas en la comunicación empática, cordial y respetuosa, garantizando apoyo percibido por parte de los dolientes hasta técnicas de intervención específica habituales o usadas especialmente, sopesando cuidadosamente beneficios y perjuicios en los sondeos emocionales, la detección de complicaciones, la expresión de sentimientos y recuerdos, la anticipación de fechas emocionalmente significativas, la narración purgatoria de sucesos que hayan podido ser traumáticos, la ruptura de bloqueos cognitivos e incidencias de los miedos, la prescripción sutil de tareas y rituales, las terapias con fábulas, moralejas, cuentos, videos, visualizaciones, etc. El espaciamiento en los procesos de atención al duelo, facilitando la independencia y la libre determinación de cada individuo a mostrar y canalizar sus sufrimientos al respecto, sigue también un curso especial, que convoca a reflexiones muy individuales, que tengan en cuenta la dignidad del paciente y que eviten intervenciones iatrógenas, ya que lo primero es no hacer daño (aplicación del principio de no maleficencia) (García, 2014; Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Landa & García-García, 2004; Sarmiento, 2014).

Si es un proceso universal, que toca a prácticamente todos los seres humanos, y tiene tan hondas repercusiones en la salud y la calidad de vida, toda persona que ha sufrido esas pérdidas –al igual que el enfermo tiene derecho a ser atendido al final de su vida, aplicando el derecho universal de los cuidados paliativos- también tiene derecho a recibir respetuosa y digna atención a sus sufrimientos. La forma en que se dirija esta atención puede ser diferente, pero los preceptos éticos orientativos son generales y legítimos, y justamente, el seguimiento con la menor intervención posible, intentando identificar los predictores de riesgo de duelo complicado en base a características personales, sociodemográficas y socioculturales, favorecería este tipo especial de atención. Afortunadamente, se dispone de instrumentos que con mínimo intrusismo y de forma rápida, permiten identificar los factores de riesgo de duelo complicado (Barreto et al., 2008; García, 2014; Gil-Juliá et al., 2008; Grau, 2011a; Prigerson

& Jacobs, 2001; Sarmiento, 2014), como los que se exploran en esta investigación que tiene lugar en dos sociedades similares, pero de contextos socio-económicos diferentes, como son las poblaciones cubana y canaria.

El duelo como factor de riesgo para problemas de salud

El duelo está relacionado, indiscutiblemente, con la supervivencia y el porqué de continuar viviendo (Butler, 1975), y a pesar de que no es una enfermedad, y no se refiere habitualmente como un problema de salud, presenta manifestaciones físicas (anorexia, pérdida de peso, disminución del interés sexual, aumento de enfermedades), psicológicas (ansiedad, tristeza, dificultades cognitivas, apatía y desinterés), y sociales (rechazo a los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad social) (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Victoria et al., 2014). El seguimiento del duelo de los familiares constituye la última etapa de los Cuidados Paliativos (Boo, 2013; García, 2014; Grau, 2011a; Sarmiento, 2014).

Los Cuidados Paliativos se definen como la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo (Gómez Sancho, 2007). No hay duda que el proceso del duelo tiene que ser objeto de atención (Grau, 2011a; Oviedo et al., 2009).

El duelo es un período de crisis, un estado de choque en todo el organismo que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabía portadora y que aparecen o se agravan durante el duelo. Otras veces, será una descompensación, en el curso del duelo, de una enfermedad crónica previa. En otras ocasiones, las enfermedades se deberán a incremento del uso de alcohol, tabaco y medicamentos (Gómez Sancho, 2007).

En general, los familiares que atraviesan un proceso de duelo tienen un alto riesgo de padecer enfermedades tanto psíquicas como físicas (Gómez Sancho, 2007; Victoria et al., 2014). Por lo tanto, existe aquí un campo importante para la medicina preventiva, que implica seguimiento y un soporte activo a los dolientes.

Resultados de numerosas investigaciones actuales avalan considerar el duelo como factor de riesgo. En una encuesta efectuada a médicos de Atención Primaria (Gómez Sancho, 2007), ante la pregunta “¿Ha visto usted problemas físicos o psíquicos en los familiares que atraviesan un duelo?” de los 6.783 médicos que contestaron, 3.748 (55,25 %) dijo que frecuentemente, 2.808 (41,39 %) contestó que ocasionalmente y 226 (3,33 %) dijo que nunca. Estas cifras demuestran que es frecuente la aparición de problemas de salud en este grupo de población.

Antonelli (1990) ha verificado los efectos psicosomáticos del duelo. Examinó 191 familias en las que se habían observado eventos patológicos de diversa naturaleza en los tres primeros años del duelo. En la mayor parte de los casos, estos eventos patológicos habían aparecido en relación cronológica con el duelo. Sólo el 20 % eran preexistentes y habían sufrido un agravamiento imprevisto y notable: se trataba casi siempre de cáncer, reumatismo, hipertensión, colitis. Obviamente, no resulta posible concluir que todos estos acontecimientos son la consecuencia psicosomática del duelo, porque la relación cronológica con el duelo es segura, la relación etiológica es sólo razonablemente probable.

En el estudio referido anteriormente, como grupo de control se examinaron 100 familias elegidas al azar y descartando aquellas que tenían un proceso de duelo cercano. Se indagó cuántos miembros de esas familias tuvieron alguna enfermedad y cual, en los últimos tres años. El primer resultado significativo en las 191 familias examinadas fue el registro, en los tres primeros años de la muerte de un familiar, de 378 procesos patológicos (enfermedades nuevas o empeoramiento imprevisto de alguna preexistente), casi la proporción de 2 eventos

por familia afectada por un duelo. En el grupo de control constituido, sólo se detectaron 34 casos, esto es, un caso cada 3 familias. De estos datos se infirió que un duelo multiplica por 6 veces la morbilidad de los familiares sobrevivientes. Las enfermedades más frecuentes encontradas fueron en el siguiente orden: de tipo neurótico (la tercera parte), hipertensión arterial, colitis, úlcera, cefalea e infarto. En referencia al infarto, se constató que cuando fue un infarto el motivo de la muerte, hay que esperar una alteración cardíaca en un familiar en la mitad de los casos. Y a veces (14 % de los casos) la naturaleza de tal alteración es otro infarto.

Contrariamente a las previsiones, no se han observado muchas diferencias entre los efectos por una muerte imprevista y una muerte prevista (Antonelli, 1990). Los efectos de la muerte de un cónyuge son distintos dependiendo si el cónyuge difunto tenía menos de 60 años o más. La muerte de un cónyuge por debajo de los 60 años de edad provoca efectos cardiocirculatorios, gastrointestinales y neuropsiquiátricos. Por el contrario, la muerte del cónyuge de más de 60 años provoca un auténtico derrumbe de las defensas inmunológicas y favorece distintas enfermedades orgánicas. Otro hallazgo interesante ha sido el examen de los efectos de la muerte de un hijo y la de un progenitor. En el primer caso prevalecen alteraciones cardiocirculatorias y en el segundo las gastrointestinales.

La pérdida de un ser querido es una de las causas más comunes de suicidio y se podrían evitar pérdidas de vida innecesarias si se enfrentasen las implicaciones de este hecho (Parkes, 1980).

Muchos otros estudios clásicos realizados en distintos países develan el impacto de la muerte de familiares en el sistema endocrino e inmune (Angel, 1971; Bartrob, Lazarus, Luckhurst, Kiloh & Penny, 1977; Carr, 1992; Dorian & Garfinkel, 1987; Irving, Daniels, Bloom, Smith & Weiner, 1987; Jacobs et al., 1990; Kemeny et al., 1995; Rees & Lutkins, 1967; Schleifer, Keller, Camerino, Thornton & Stein, 1987). Este riesgo elevado de

morbimortalidad después del duelo afecta especialmente a los viudos y viudas (Clayton, 1974; Cox & Ford, 1964; Graus & Lilienfeld, 1959; Helsing, Szclo & Comstock, 1981; Kaprio, Koskenvuo & Rita, 1987; Mëltrom, 1982; Parkes, Benjamín & Fitzgerald, 1969; Young, Benjamín & Wallis, 1963; Zissook & Schucter, 1991).

Existe una clara información que revela un elevado riesgo de mortalidad después del duelo. A todas las edades, las personas afligidas experimentan un mayor riesgo de muerte que las personas casadas del mismo sexo y edad. El incremento de riesgo es mayor para hombres afligidos que para mujeres y para ambos sexos, el incremento es mayor en los de menor edad. El riesgo elevado de muerte está concentrado, particularmente, en los primeros seis meses de duelo, especialmente para los viudos, con un incremento en el segundo año para las viudas. Las causas predominantes de la muerte son trombosis coronarias y otras enfermedades del corazón, arterioescleróticas o degenerativas. La mayoría de estas causas pueden ser resultado de un continuo estrés y una falta de auto-cuidado. En general, cuando la información de los estudios replicados en el Reino Unido o en Estados Unidos se toma en conjunto, el riesgo de muerte es menos del doble para las viudas que para los viudos de todas las edades, con una gran variedad de enfermedades (Carr, 1992).

Young et al. (1963), estudiaron una muestra de 4.486 viudos de edad superior a los 54 años. Entre ellos se registró un incremento de óbitos de casi el 40 % durante los primeros 6 meses de duelo.

Helsing et al., (1981) han estudiado en Maryland un grupo de 4.032 viudos de ambos sexos de más de 18 años. Lo primero que hallaron, comparando el censo poblacional entre 1963 y 1975, fue que el 5.4 % de las personas atravesando un duelo habían abandonado la ciudad, frente al 2.1 % de la población general. Se estableció una comparación con igual número de personas como muestra testigo. Los estudios de mortalidad de estos dos grupos, permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- Los viudos sufren una mayor mortalidad que los hombres casados, incluso después de hacer la correspondiente corrección de factores socioeconómicos y de ciertos factores de riesgo, como el tabaco. Por el contrario, no se encontró diferencia entre las viudas y las mujeres casadas.
- El exceso de mortalidad de los viudos es estadísticamente significativa en los grupos de edad de 55 a 64 y de 65 a 74 años. También existe para los demás grupos de edad inferior, pero el escaso tamaño de la muestra no permite su cálculo estadístico.

En un segundo trabajo, los mismos autores constatan que la mitad de los viudos de menos de 55 años se vuelven a casar, y el índice de mortalidad de estos viudos casados es no solamente inferior al de los viudos que no se han vuelto a casar, sino igualmente inferior al de los hombres casados no viudos (Helsing et al. 1981). El primer aspecto era previsible, ya que la soledad es un factor de riesgo importante durante el duelo (Vachon, 1976). Aquí también puede estar jugando un papel importante el apoyo social que puede representar la presencia de una nueva pareja.

Melltröm et al. (1982), han hecho otro estudio en Suecia, igualmente muy numeroso. Para este estudio se tuvieron en cuenta tres tipos de población:

- Todas las personas en estado de viudez de este país de 50 a 90 años entre 1968 y 1978 (aproximadamente 360.000 personas) y cuyo índice de mortalidad fue calculado en comparación con las personas casadas;
- Todas las personas entre 70 y 74 años que han muerto en Suecia entre 1969 y 1978 investigando las causas de la muerte en función de su situación marital;
- Toda la población de 70 años de Gotemburgo para comparar los hábitos de vida (tabaco, alcohol, drogas) en función, igualmente, de su estado marital.

Este estudio muestra, en contradicción con otros (Clayton, 1974; Cox et al., 1964), una mortalidad más importante en la viudez reciente, tanto para hombres como para mujeres,

cualquiera que sea el grupo de edad entre los 50 y los 90 años. Para estos autores y en contra también de otros estudios (Parkes et al., 1969), el aumento de riesgo persiste durante los once años siguientes al estudio (Cox et al., 1964). Se encontró una mortalidad aumentada durante los doce primeros meses para los hombres y durante los tres primeros meses para las mujeres.

Las causas de enfermedad estadísticamente significativas en el grupo de 70 a 74 años fueron, tanto en hombres como en mujeres, los cánceres, las enfermedades cardiovasculares (las más frecuentes en los dos sexos), respiratorias, digestivas y también los accidentes y los suicidios. Las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y los suicidios fueron más frecuentes en los hombres (Cox et al., 1964).

El tercer grupo de población estudiado (personas de 70 años de edad), muestra un exceso de mortalidad por cáncer de pulmón y cirrosis, indicando un exceso de consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. Estos datos permiten imputar una parte de la patología orgánica del duelo a los malos hábitos de vida en relación con la soledad y la depresión que siguen a una pérdida (Cox et al., 1964).

Estos estudios son, metodológicamente, los más pertinentes, los más rigurosos científicamente y los más fiables, ya que son los de muestras más amplias y además prospectivos. Las diferencias entre las conclusiones de los diferentes estudios, provienen, según Hanus (1994), precisamente por la metodología. Para este autor, está claro que los que no han encontrado un aumento de riesgo de mortalidad, es porque se trataban de muestras muy pequeñas y no eran idénticas las estadísticas y los métodos de comparación.

Otra investigación clásica interesante fue, por ejemplo, la de Graus et al. (1959), hecho con un estudio estadístico de una compañía de seguros de las personas muertas en los Estados Unidos entre 1949 y 1951 y del que sacaron las siguientes conclusiones:

- Las personas casadas tienen un índice de mortalidad menor que las personas solas (solteros, viudos o divorciados) y esto a todas las edades y en todas las razas.

- Este exceso relativo de mortalidad en las personas solas es mayor para las personas más jóvenes.
- Este exceso relativo de mortalidad en las personas solas es manifiestamente mayor para los hombres.
- Este exceso de mortalidad y de morbilidad en las personas solas se refiere sobre todo a la tuberculosis, la gripe, la pulmonía, cirrosis hepática, suicidio y accidentes.

Un estudio interesante fue llevado a cabo en el País de Gales por Rees et al. (1967). Estos autores encontraron que el 4.6 % de las personas que estaban en duelo, murieron durante el primer año (6.4 % de los hombres y 3.5 % de las mujeres), mientras que la mortalidad en el grupo de control fue solamente el 0.68 %. En el caso de los viudos la diferencia es todavía mucho mayor: 12.2 % contra el 1.2 % del grupo control.

Por lo que respecta a los riesgos de morbilidad, también hay estudios que demuestran, en mayor o menor medida, un incremento. Por ejemplo el suicidio fue estudiado por McMahon & Pugh, 1965. Comparando un grupo de 320 viudos y viudas muertos por suicidio, con un grupo control correctamente emparejado (sexo, edad, raza) muertos por otra causa, constataron que los viudos se suicidan 3.5 veces más que los hombres casados y las viudas 2 veces más que las mujeres casadas. La muerte por suicidio aconteció sobre todo en los primeros seis meses del duelo y aún más frecuentemente, durante los tres primeros meses; lo que indica que el duelo es un factor etiológico de riesgo importante en el suicidio.

Bunch & Barraclough (1971), han encontrado una mayor incidencia en personas que habían perdido a sus padres durante los cinco años que precedieron al suicidio y particularmente de la madre durante los tres últimos años. Esta desaparición de la madre es todavía más significativa en los hombres solteros que constituyen un grupo de riesgo en esta situación de duelo, sobre todo si han presentado dificultades psicopatológicas anteriores (60 %) y si están aisladas.

También el alcoholismo crónico constituye un factor de riesgo: 58 % se han suicidado después de un duelo o una separación en un estudio de Murphy y Robins (1967).

Por lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, Ángel (1971) estudió a 170 personas con muerte súbita. Encontró que el 39 % de las mujeres y el 11 % de los hombres han sufrido una separación en las 24 horas precedentes y 62 % de las mujeres y 31 % de los hombres, durante los 16 días precedentes. Está claro que en el caso de una muerte rápida y súbita el duelo ocupa un lugar importante. Ángel piensa que la mayor parte de estas muertes son debidas a crisis cardíacas agudas en las personas portadoras de una afección preexistente, conocida o no.

Además, se ha encontrado relación con respecto a enfermedades psiquiátricas. Una encuesta hecha en Francia en 1986 (Augagneur, 1991), muestra que cuando se busca algún trauma en la vida reciente de un deprimido, se encuentra, en primer lugar, la muerte del padre o de la madre en un 24 % de los casos y la muerte de otro miembro de la familia en un 19 %.

Según un estudio de Christakis & Allison (2006), el fallecimiento del cónyuge aumentaba hasta en un 65 % el riesgo de mortalidad de las personas mayores de 65 años. Las conclusiones de la investigación también indican que la hospitalización del cónyuge podía perjudicar la salud del otro miembro de la pareja hasta aumentar su riesgo de muerte en un 22 %. Los investigadores evaluaron en personas con 65 años o más, los efectos de las consecuencias de la enfermedad o muerte del cónyuge y afirman que los resultados fueron sorprendentes ya que la hospitalización del cónyuge aumentaba el riesgo de muerte de su pareja y lo mantenía elevado por un periodo de hasta dos años. Según ellos, el mayor riesgo se concentra en los 30 días siguientes a la hospitalización o muerte de la pareja, un periodo temporal en el que la hospitalización puede provocar un riesgo de muerte tan elevado como la propia muerte de la pareja.

Los resultados de esta investigación muestra que ciertas enfermedades de la pareja son más perjudiciales que otras para el cónyuge. Cuanto más interfiere la enfermedad en la capacidad física o mental de la pareja, mayor es la carga sobre el otro cónyuge y peores son sus consecuencias en la salud de éste. Según los investigadores, si la hospitalización de la mujer se debía a un cáncer de colon el efecto sobre la mortalidad de su marido era casi inexistente, pero si el ingreso se había debido a una enfermedad cardiaca el riesgo de mortalidad era un 12 % mayor que si la esposa no estuviera enferma. Si la hospitalización se había producido como consecuencia de una demencia que padecía la esposa, el marido tenía un 22 % más de riesgo de mortalidad. Los investigadores detectaron efectos similares sobre la salud de mujeres cuyos maridos fueron hospitalizados.

Por lo que respecta a la muerte de uno de los miembros de la pareja, en el caso de que falleciera la mujer aumentaba un 53 % el riesgo de muerte del marido y el aumento del riesgo era del 61 % en la mujer si quien fallecía era su esposo. El estudio comenzó en 1993 y en él participaron 518.240 parejas, más de un millón de personas, de edades comprendidas entre los 65 y los 98 años, que recibieron seguimiento durante nueve años.

Impacto del Sistema Inmunológico en el proceso de duelo.

En general, se conoce que los estresores asociados a pérdidas, como la muerte del cónyuge, la ruptura marital, los problemas conyugales y la depresión, modifican algunos marcadores inmunológicos: disminuyen la blastogénesis y los linfocitos T y propician el aumento de anticuerpos al virus Epstein-Barr (Grau, Hernández & Vera-Villaruel, 2005; Grau, 2011a; Grau & Vargas, 2011). Diferentes estudios evidencian respuestas inmunológicas ante pérdidas. Son interesantes los datos que apuntan, a través de la alteración por depresión del funcionamiento del sistema inmunitario, a la existencia de un aumento de la susceptibilidad a los procesos infecciosos e incluso al cáncer en personas con pérdidas recientes e intensamente vivenciadas; modificación inmunológica que sería paralela al

decaimiento del apetito, del sueño y de la capacidad de auto-cuidado (Dorian et al., 1987; Irving et al., 1987).

Así, por ejemplo, un estudio de Bartrob et al. (1977), realizado sobre 26 viudos demostró que a las seis semanas de enviudar sus organismos presentaban una inmunodepresión linfocitaria en comparación con un grupo similar de sujetos que no habían enviudado, aún cuando no había encontrado diferencias inmunológicas entre ambos grupos antes de la muerte de las parejas de los primeros. Se observó decremento de linfocitos T ante estimulación con Concanavalina A y otros antígenos, a las 6 semanas de la muerte del cónyuge, pero no a las 2 semanas.

Algunos años después, Schleifer et al. (1987), compararon 15 hombres con esposas con cáncer de mama terminal: a las 5-7 semanas de la muerte disminuyó la respuesta linfocitaria ante determinados mitógenos, a los 14 meses se obtenía una recuperación gradual de proliferación linfocitaria, sin llegar aún a niveles iniciales. Como hemos apuntado, muchos estudios señalaron desde la década del 70 del siglo pasado que las personas viudas sufrían morbilidad y mortalidad máxima en los primeros meses de la pérdida del cónyuge (Jacobs & Ostfeld, 1977; Kaprio et al., 1987; Maddison et al., 1968; Parkes & Brown, 1972). Irwin et al. (1987), demostraron que la actividad de las células natural killer (NK) de mujeres cuyos maridos habían fallecido de cáncer de pulmón entre 1-4 meses del deceso es 50 % inferior a las de la misma edad no viudas; en otro grupo de mujeres con esposos bajo tratamiento, hubo asociación entre niveles elevados de depresión y menor actividad de las células NK.

En otro estudio, Kemeny et al. (1995), demostraron que 39 varones homosexuales seropositivos que habían perdido a sus parejas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) mostraron cambios inmunológicos relevantes para la progresión de la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), no así en otros 39 homosexuales que no las habían perdido.

Incluso, mujeres suecas que habían perdido su empleo 9 meses antes, a pesar de recibir 90 % de salario, tenían una respuesta linfocitaria menor (Arnetz et al., 1987). En cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer se ha encontrado mayor nivel de depresión, malestar y soledad con porcentajes más bajos de linfocitos T y T cooperadores, cocientes CD4:CD8 inferiores y anticuerpos más altos ante virus (Kiecolt-Glaser, 1987; Kiecolt-Glaser, Glaser, Shuttleworth et al., 1987). Se ha reportado que los cuidadores mantenían bajo su nivel de actividad de células NK hasta 2 años (Esterling, Kiecolt-Glaser, Bodnar & Glaser, 1994).

Ante eventos estresores repetidos o mantenidos asociados de alguna manera a pérdidas, también se han observado respuestas inmunológicas. En ancianos y pacientes psiquiátricos la soledad se asocia a menor actividad de células NK (Brown, O'Leary & Murasko, 1989; Kiecolt-Glaser et al., 1984), confirmando lo que había supuesto Somers desde 1979: que las personas separadas o divorciadas tenían respuestas inmunes asociadas a trastornos emocionales, infecciosos y de cáncer (Sommers, 1979). En 1987, Kiecolt-Glaser reportó que las mujeres separadas mostraban menos células T cooperadoras y menos células NK, menor reactividad linfocitaria a mitógenos y anticuerpos a virus de herpes, siendo mayor el impacto negativo en las mujeres con afecto mantenido hacia su ex-pareja. En 1991, Kiecolt-Glaser y Glaser encontraron en un Grupo Control de casadas que las de baja calidad matrimonial tenían inmunidad celular más deficiente e igual sucedía con los hombres. Los cuidadores de cónyuges dementes que recibían bajo apoyo social y tenían altas preocupaciones, mostraban la función inmune deprimida y sufrían infecciones respiratorias prolongadas (Cohen, 1996; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1991). La cicatrización de heridas en mujeres cuidadoras de familiares dementes requería 9 días más que en el Grupo Control, observándose afectación en la producción de interleucina-1-b (Kiecolt-Glaser, Marucha, Malarkey, Mercado & Glaser, 1996).

Ante estresores positivos, las modificaciones inmunológicas iban en sentido contrario. Así, por ejemplo, los pacientes de melanoma maligno en tratamiento, en una investigación llevada a cabo por Fawzy et al. (1990), mejoraban el porcentaje de linfocitos y células NK, con leve decremento de los T cooperadores-inductores. En otro estudio se encontró un incremento progresivo de interleucina-2 en pacientes con cáncer con relajación e imaginación guiada por un año (Gruber, Hall, Hersh & Dubois, 1988). Pennebaker (1995), ha revelado las consecuencias inmunológicas de la técnica de revelación a través de confidencias, diarios, etc. en las personas; trabajos posteriores demostraron después una reducción de anticuerpos a virus, aumento de anticuerpos ante vacuna de hepatitis B e incremento de células NK con esta técnica (Esterling et al., 1994; Christensen et al., 1996; Petrie, Booth, Pennebaker, Davison & Thomas, 1995).

La mayor parte de estos estudios se sustentan en el enfoque que proporciona la llamada Psiconeuroendocrinoinmunología, un punto de encuentro disciplinar que aborda los factores psicosociales y los factores inmunológicos y endocrinos a partir de la inter-conexión con el sistema nervioso (Ader, 1981; Ader, Cohen & Felten, 1987; Ader, Felten & Cohen, 1991; Arce, 2007; Bayés & Borrás, 1999; García-Albea & García-Albea, 2000; Grau et al., 2011; Lutgendorf & Constanzo, 2003; Solomon & Moos, 1964 y muchos otros). Los primeros investigadores en este campo aportaron evidencias acerca de la relación entre factores de estrés y determinados trastornos y enfermedades a través de la modificación de indicadores inmunológicos y endocrinos. Los estudios se han centrado en tres grandes grupos de sujetos: personas normales sometidas a estrés, pacientes y dolientes. Entre los sujetos normales abundan los estudiantes universitarios, los pacientes han sido fundamentalmente de cáncer, SIDA, artritis reumatoide, lupus eritematoso y en personas con resfriado común. Los dolientes han sido, fundamentalmente, viudos y viudas, es decir, las parejas sobrevivientes al fallecido. Tales estudios han ido en tres direcciones fundamentales: búsqueda del papel

etiológico del estrés por inmunosupresión, por inmunoactivación y análisis de las intervenciones psicosociales (relajación, imaginería y visualización, apoyo social, etc.) como marcadores de la influencia del estrés en el sistema inmunológico. Los trabajos en este campo han fructificado en el estudio de patrones configuraciones y funcionales de personalidad que relacionan con el estrés y las enfermedades, entre ellos el polémico Patrón C de Temoshok (1987, 2000) y el tipo I de Grossarth-Maticek (1991a, 1991b, 1991c), favorecedor del desarrollo del cáncer.

La cantidad de estudios ha sido enorme. Así, Cohen, Tyrrell & Smith (1991), mostraron la estrecha relación entre niveles de estrés psicológico y la vulnerabilidad al virus del resfriado común. Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil (1989), en una investigación considerada paradigmática, demostraron que con una intervención psicológica sencilla (psicoterapia de apoyo con auto-hipnosis para el dolor), inicialmente diseñada para mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer, se lograban diferencias significativas en la supervivencia entre los enfermos del grupo control (18.9 meses) y los del grupo experimental (36.6 meses). Greer, Morris, Pettingale & Hatbittle (1990), realizaron un estudio de más de 15 años con pacientes con cáncer de mama no metastásico y encontraron que las mujeres que se enfrentaban directamente a su enfermedad o niegan tras el diagnóstico tienen menores recidivas que las que mostraban actitudes depresivas o aceptación fatalista. Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher (1994) refieren, en un estudio con 74 homosexuales infectados por VIH que el afrontamiento con aceptación realista respecto a posible deterioro y mortalidad se asocia a una supervivencia inferior en 9 veces.

Por otra parte, Phillips, Ruth & Wagner (1994), en un estudio de creencias en americanos de origen chino, demostraron que los mismos fallecen significativamente antes (1.3 años) que blancos (4.9 años) cuando se combina un tipo de enfermedad y número del año de nacimiento que consideran los chinos como funesto. Ya un año antes, Fawzy et al. (1993)

publicaron su investigación con pacientes de melanoma maligno, encontrando que a los 6 años de intervención psicológica con información sobre su enfermedad y adecuada nutrición, soporte emocional y adiestramiento en manejo de estrés, relajación y habilidades de afrontamiento, los pacientes de este grupo experimental se diferenciaban de los del grupo de control en supervivencia y reproducción del melanoma. Estos estudios clásicos permitieron a Ader, Cohen & Felten (1995), revisar el estado actual de la investigación en Psiconeuroinmunología, campo que emergía años antes, en una editorial de estos mismos autores en el primer número de una revista especializada (Ader et al., 1987), a partir de los planteamientos de Solomon et al, desde 1964, en su artículo donde señalaban los intervínculos entre emociones, inmunidad y enfermedad, y a partir también de los resultados experimentales de los propios Ader & Cohen (1975), en un hallazgo fortuito cuando recogían datos de estudio en ratas con ciclofosfamida, que hablaban de inmunosupresión condicionada con inyecciones neutras de sacarina que llegaban a producir la muerte de los animales. Posteriormente, replicaron el estudio con un diseño escrupuloso y lograron condicionar la disminución de la respuesta de anticuerpos a la inoculación de un antígeno.

En realidad, los antecedentes históricos más remotos de estos experimentos se deben a los rusos Metalnikov & Chorine (1926), en un artículo publicado en una revista , donde referían que con un paradigma de condicionamiento clásico en conejos se lograba hacer contingentes la elevación de anticuerpos con estímulos neutros como el calentamiento de una oreja a determinada temperatura, el rascado en el costado del animal y el sonido de una trompeta; este estudio pionero fue replicado exitosamente en el Instituto Microbiológico de Moscú un año más tarde, obteniéndose evidencias de que los procesos de condicionamiento pueden alterar el umbral de sensibilidad a antígenos, modulando la respuesta inmunológica.

Aunque muchos estudios en Psiconeuroinmunología han sido cuestionados y metodológicamente se recomienda controlar las variables extrañas (ritmos circadianos, raza,

sexo, edad, nutrición, patologías, fármacos, hábitos tóxicos, entre otros) y considerar que la relación entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmune es compleja y multifacética, interactuando diversos elementos, ya que una medida particular no puede ser interpretada como inmunocompetencia o vulnerabilidad del organismo, porque el déficit en un parámetro puede ser contrarrestado por el buen funcionamiento de otros aspectos no evaluados. Durante varios años se han acumulado suficientes evidencias sobre la intercomunicación del sistema nervioso y el sistema inmune.

Tales evidencias permitieron a los pioneros de la Psiconeuroinmunología (Ader, 1981; Ader et al., 1991; Black, 1994; Kielcot-Glaser, 1992; Solomon, 1987) y a muchos autores contemporáneos (Andersen, 1996; Arce, 2007; Bayés, 1991, 1994, 1995; Bayés et al., 1999; Berczi, Bertock & Chow, 2000; Blacklock, 1994; Borrás, 1995; Chrousos, 2000; Dominguez & Montes, 2000; Greer, 2000; Robbins et al., 2006; Suárez Vera, 2002; Terr, 1995; Vera-Villarroel, 2001; Vera-Villarroel & Buela-Casal 1999) plantear que éste es un campo científico interdisciplinar que estudia las interacciones y la comunicación bidireccional entre el comportamiento, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune.

Como ha sido señalado, los estudios en viudos y viudas han constituido una frecuente orientación de los trabajos en Psiconeuroinmunología que alertan sobre el nivel de riesgo de duelo complicado en el curso del proceso salud-enfermedad.

Duelo y Salud Mental.

Como se ha referido, el duelo es un periodo de crisis personal que puede llegar a producir enfermedades psicológicas o psiquiátricas, además de las físicas. Lazare (1979), estimaba que entre el 10 y el 15 % de las personas que pasaban por las clínicas de salud mental del Hospital General de Massachusetts tenían bajo su estado psicológico particular, un duelo no resuelto. Zisook (1985), según su propia estimación, encontró que el 17% de los pacientes que se presentaban en un centro psiquiátrico de atención externa en California tenían un

duelo incompleto. El psiquiatra John Bowlby (1990) confirmaba este fenómeno cuando decía: “La experiencia clínica y la interpretación de la evidencia dejan pocas dudas respecto a la verdad de la primera proposición: que muchas enfermedades psiquiátricas son la expresión de un duelo patológico, o que dichas enfermedades incluyen en muchos casos estados de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un tipo de trastorno de personalidad”.

La muerte del cónyuge es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede afrontar un ser humano (García, 2014; Holmes & Rahe, 1967). De hecho, el riesgo de depresión en los viudos/as se multiplica por cuatro en el primer año (Zissook et al., 1991) y casi la mitad presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia (Jacobs et al., 1990); el abuso de alcohol aumenta (Maddison & Viola, 1968) y el 50 % de las viudas utilizan algún psicofármaco en los 18 primeros meses (Parkes, 1964); del 10 al 34 % de los dolientes desarrollan un duelo patológico (Jacobs, 1999) y el riesgo de muerte (principalmente por eventos cardiacos y suicidio) se incrementa, teniendo los viudos un 50 % más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año (Kaprio et al., 1987). Por otro lado, la tasa promedio anual de consultas al centro de salud es un 80 % mayor en los dolientes (López, Ela, Bartolomé, Gómez & García-García, 2001) y el nivel asistencial ideal para sus cuidados es –según algunos autores- la atención primaria de salud (Fernández-Liria et al., 2013; García-García et al., 1995; Harris & Kendrick, 1998; Saunderson & Ridsdale, 1999; Victoria et al., 2014).

En un estudio realizado en España por Gamo, Del Álamo, Hernangómez & García (2000), se revisaron historias clínicas de 972 pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental, mayores de 18 años, que consultaron por vez primera, durante el periodo de un año (1999), apareciendo el duelo como motivo de consulta. La clínica se presentaba como depresiva en un 50 %, ansiosa o neurótica en un 29 % y las somatizaciones, abuso de sustancias e intentos

de suicidio, alcanzaron un 5% , siendo significativo el dato que un 53 % que habían perdido a su cónyuge presentaban una detención moderada de su curso vital.

Manifestaciones del duelo

El duelo como respuesta a la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo es una reacción principalmente emocional, pero también cognitiva y comportamental en forma de sufrimiento; involucra una serie de reacciones físicas, emocionales, sociales y espirituales, como respuestas a la pérdida matizadas por dolor, aflicción, ansiedad y temor. Las personas hablan de estar en duelo, aludiendo a una especie de corte transversal de un momento determinado, pero el término más correcto para englobar todas las etapas y reacciones ante la pérdida es hacer el duelo, ya que esta expresión en sí misma otorga un papel activo al sufriente, dando la posibilidad de que el mismo transite por las diferentes etapas en términos de aprender durante todo el proceso (Psicología y Salud Mental, 2014; Grau et al., 2015).

En síntesis, el duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante, momento a momento, y un evento variable de persona a persona y entre familias, culturas, sociedades (Rodríguez, 2011; Pérez, 2015). No es un proceso que siga pautas universales; es un conjunto de reacciones que experimenta una persona (doliente) ante una pérdida de algo que es valorado como muy importante para ella; por eso, el duelo siempre será proporcional al apego, a lo que se ha perdido, y dependerá en gran medida de los afectos invertidos en la relación y no está relacionado necesariamente con el tipo de vínculo -consanguíneo o no. Siendo así concebido, el duelo es considerado como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. No es una enfermedad, es un proceso natural que tiene un inicio y un final; involucra crecimiento personal, desafío, maduración, pero en muchas personas sus repercusiones negativas pueden afectar su salud y bienestar, y entonces adquiere características de un problema de salud. Habitualmente puede presentarse con

síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el término duelo y procesos de duelo pueden también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida: la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono (divorcio, separación, rechazo de los padres), los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, la pérdida de salud por el diagnóstico de una enfermedad grave o discapacitante. Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones no adaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y laboral. En general, puede afirmarse que el duelo es el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva (Boo, 2013; Grau et al., 2015; Psicología y Salud Mental, 2014).

La pérdida de un ser querido puede acompañarse de todo tipo de emociones, preocupaciones, tristeza, temores, confusión, enojo, culpabilidad, agotamiento o, simplemente, una especie de vacío sentimental; estas emociones pueden ser más intensas de lo habitual o entremezclarse de manera no habitual. Cuando se pierde a un ser querido, su ausencia puede afectar de forma grave las relaciones con el mundo y con otras personas. Así, es normal que durante el período del duelo se perciba que la realidad se ha desvirtuado totalmente, que el sentido de la vida se ha perdido, especialmente si la persona perdida era altamente significativa. Es común que esa persona que sufre por un duelo sienta que jamás volverá a ser feliz. Este proceso se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes a la muerte del ser querido. Los componentes típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. Este proceso tiene una duración que, normalmente no es superior a seis meses o un año, sin embargo esta duración puede ser

variable y no debe enmarcarse rígidamente en un lapso de tiempo. Por otra parte, un duelo normal puede acabar provocando un auténtico trastorno depresivo que requiera tratamiento, aunque no siempre la desazón, la pena y la tristeza que se sienten y que la persona manifiesta diciendo que está deprimida, sea una verdadera depresión clínica (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Kaplan et al., 1999).

La intensidad del duelo puede depender de muchos factores, entre ellos, si la pérdida fue inesperada y repentina, y del tipo de relación con la persona que falleció (Campos et al., 2012; Sanders, 2013). Las fechas importantes relacionadas con la persona perdida o con el resto de la familia (por ejemplo, cumpleaños, día de la madre o el padre, Navidad, etc.) serán, por lo general, muy dolorosas, requiriendo que la familia permanezca en estos momentos de crisis aún más unida, para lamentarse conjuntamente (Gómez Sancho, 2007; Watch Tower, 2015).

Particularmente en la etapa de la vejez, el duelo por viudedad es una etapa caracterizada por la acumulación de pérdidas tanto internas como externas, añadiendo características especiales porque puede aumentar la soledad, al mismo tiempo que la necesidad de figuras de apoyo o la dependencia de éstas y la sensación de desamparo. Es posible reiniciar una nueva etapa aunque ello está muy condicionado por las circunstancias externas y el estado de salud. En esta etapa, lo compartido a lo largo de un tiempo prolongado y el tipo de vínculo tiene su repercusión, aquí matizada por la larga trayectoria de éste (Gamo Medina & Pazos Pezzi, 2009).

Debido a que los grupos humanos pueden tener diferentes concepciones sobre la muerte y el duelo, manifiestan distintos sistemas de rituales, que cumplen dos funciones fundamentales: integrar en el grupo la pérdida de uno de sus miembros y ayudar a los que quedan a asumir su papel de doliente. Recordemos que la muerte representa y condensa los valores de cada sociedad, resume su explicación sobre la vida, su sentido y la del grupo; y sus

interpretaciones son tantas como grupos humanos existen (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Pangrazzi, 2002; Tizón, 2004).

En nuestra cultura la manifestación externa del duelo es el luto, que es su expresión social y cultural. El luto como rito social, y el duelo como vivencia dramática de la muerte, son aspectos del periodo que sigue a la muerte. El luto codifica la pena, imponiéndola a los sobrevivientes, reglamentándola, y le pone un fin temporal. Es por tanto, útil y necesario, sea cualquiera que fuese la forma que adopte. Cumple variados propósitos. Señala a los dolientes, ayudándolos en el trabajo del duelo, mediante el silencio y el recogimiento. Acompaña al difunto, le rinde tributo, e intenta ayudarlo a alcanzar su lugar en la concepción del mundo. Incluso en la sociedad laica, los miembros de la sociedad, se encargan de las relaciones del sobreviviente con el muerto, de acuerdo con sus creencias particulares, ritos o prohibiciones, desde la negativa de los amigos a que se encarguen de trámites burocráticos, hasta la petición de misas, para el bien del alma del difunto. Esta determinación de funciones explica el carácter fuertemente imperativo de las prácticas mortuorias. La decadencia de los sistemas rituales en las sociedades modernas, puede ser muy perjudicial, porque tiende a impedirse la escenificación del duelo, su vertiente pública, y por lo tanto dificulta también el consuelo de lo social, de los amigos y el reconocimiento de la pérdida a nivel público (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015, Holc, 2015).

Ciertamente, en otras etapas de la historia, más que en la actualidad, las formas del duelo eran un rito cultural consensuado de una u otra manera: solían hacerse reuniones familiares, se usaban determinados vestidos, se practicaban ciertas normas de comportamiento por un periodo de tiempo que, en cierto grado, ayudaban a encauzar este proceso. Pero desde que estas formas y tradiciones culturales han ido desapareciendo en occidente, junto con el progresivo ocultamiento del fenómeno muerte, el hecho de hacer evidente el proceso del

duelo ha ido desapareciendo de una forma paralela y este es un factor socio-cultural que puede contribuir a complicarlo.

Características emocionales y conductuales del duelo

Al principio, el duelo suele manifestarse como un estado de shock, caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llanto y suspiros. También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar, e insomnio; son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño. Es común el auto-reproche (obviamente menos intenso que en un duelo patológico), caracterizado por pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer con el difunto; las personas que se sienten aliviadas de que se haya producido la muerte del otro y no la suya suelen experimentar lo que se denomina culpabilidad del superviviente, pueden creer que son ellos los que deberían haber muerto (Bermejo, 2003; Fauré, 2004; Grau et al., 2015; Infante, 2012; Olmeda, 1998).

A lo largo del proceso del duelo tienen lugar varias formas de negación; con frecuencia la persona que experimenta el duelo se comporta o reacciona como si la muerte no se hubiera producido. Los intentos por perpetuar la relación perdida se manifiestan en actitudes tales como seguir comprando objetos que gustaban al difunto o estimular su recuerdo de diversas formas (objetos de unión) (Grau et al., 2015).

Es frecuente la sensación de presencia del fallecido, que puede ser tan intensa que llegue a provocar ilusiones o alucinaciones (oír la voz o sentir la presencia del difunto); en un duelo normal, sin embargo, el superviviente si bien asume la confusión, reconoce finalmente que la percepción no es real. También pueden presentarse fenómenos de identificación excesiva, en

los que el superviviente puede adoptar cualidades, gestos y características de la persona fallecida con objeto de perpetuarla de un modo concreto. Estas maniobras pueden alcanzar proporciones potencialmente patológicas, desarrollando síntomas físicos similares a los que padeció el fallecido o que sugieren la misma enfermedad que provocó la muerte (Grau et al., 2015).

Algunas personas pueden esconder su propia aflicción o evitar hablar de la persona que falleció, porque tienen miedo de entristecer a otro integrante de la familia. Otras personas pueden sentirse culpables por una discusión pasada o una relación compleja con la persona que murió. El estrés prolongado, la culpa, la rabia, la irritabilidad, el sentimiento de alivio por la terminación de una relación complicada, el buscar a la persona en lugares familiares, sentir su presencia, soñar con él o con ella, la incredulidad y la negación, la frustración, los trastornos del sueño, el miedo a la muerte, las ganas de estar solos, la impaciencia y el afán porque todo termine, el cansancio y la fatiga, el repaso continuo de lo sucedido, la desesperación, el desamparo y la impotencia son sentimientos normales durante el duelo (Grau, 2011a; NHI, 2015; Sanders, 2013).

La persona puede sentir muchas cosas, algunas de ellas nuevas, extrañas, angustiosas y muy dolorosas: incredulidad, confusión, inquietud, oleadas de ansiedad, pensamientos que se repiten constantemente y que no logra quitarse de la cabeza, boca seca, suspiros frecuentes, debilidad muscular, llanto, temblor, problemas para dormir, pérdida del apetito, manos frías y sudorosas, náuseas, deseos de orinar frecuentes, diarrea, bostezos, palpitaciones o mareos (Grau, 2011a; Grau et al., 2015).

Así como la gente siente el duelo de muchas maneras diferentes, también lo maneja o resuelve de manera diferente. Algunos individuos buscan el apoyo de otros y encuentran alivio en los buenos recuerdos. Otros tratan de mantenerse ocupados para alejar su mente de la pérdida. Algunas personas se deprimen y se alejan de sus amigos o evitan los lugares o

situaciones que les recuerdan a la persona fallecida. A muchas personas, les puede ayudar hablar con otros de su pérdida. Algunas lo hacen natural y fácilmente con amigos y familiares; otras hablan con un terapeuta profesional. Otros quizás no sientan ganas de hablar mucho del tema, porque les cuesta encontrar palabras para expresar una emoción tan profunda y personal, o se preguntan si hablar les hará sentir más dolor. En algunos casos, la gente canaliza su dolor involucrándose en actividades peligrosas y auto-destructivas. Hacer cosas como beber o drogarse para escapar de la realidad de una pérdida puede aplacar momentáneamente el sufrimiento, pero la sensación es únicamente temporal. La persona no está realmente enfrentando el dolor; simplemente lo está enmascarando, lo que hace que esos sentimientos se acumulen en el interior, prolongando, bloqueando el duelo (González, 2012; Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Pérez, 2015).

Puede parecer imposible recuperarse después de perder a un ser querido; se trata de un dolor legítimo, real, extremadamente intenso. Pero la pena, la aflicción mejora, por lo general, gradualmente y se vuelve menos intensa con el tiempo. Saber algunas cosas esperables durante el proceso de duelo puede ayudar a superar el dolor (Grau, 2011a; Grau et al., 2015).

Las personas que están de duelo pueden experimentar no solo emociones fuertes como tristeza e ira, o reacciones físicas como insomnio o náuseas, también pueden experimentar reacciones espirituales frente a la muerte: algunas personas cuestionan sus creencias y llegan a sentirse decepcionadas de su religión, mientras que otras descubren su fé como más fuerte que nunca, les puede costar concentrarse, estudiar o comer. Otras pierden el interés por actividades que solían disfrutar. Y otras personas se sienten adormecidas, como si nada hubiese ocurrido. Todas estas emociones son reacciones naturales frente a la muerte del ser querido (Grau, 2011a; Holc, 2015).

El afectado por el duelo alberga de algún modo el deseo de encontrarse con el fallecido, aunque sabe que esto es claramente imposible; esto hace difícil relajarse o concentrarse en cualquier actividad, así como también dormir adecuadamente, los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunas personas pueden sentir que "ven " a su persona amada en cualquier sitio al que iban juntos con anterioridad: la calle, el parque, etc. Los dolientes con frecuencia se sienten muy enfadados y suelen expresar diferentes grados de hostilidad con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con sus familiares y amigos quienes no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los ha abandonado. Otro sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir o hacer y que no fueron posibles; pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y relativamente frecuente (Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Psicología y Salud Mental, 2014).

Disminuyendo la agitación, los períodos de depresión se hacen más frecuentes y alcanzan su máxima intensidad a las 4 o 6 semanas de la pérdida, aunque momentos de gran aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerdan a la persona fallecida.

En resumen, las manifestaciones del duelo suelen ser físicas: opresión del pecho y garganta, falta de energía, debilidad, pérdida del apetito, alteraciones del sueño; psicológicas: dificultad para concentrarse, tristeza, añoranza, pena, sufrimiento, llanto, trastornos senso-perceptuales auditivos, visuales; desinterés, apatía, sensación de abandono, soledad, culpa, auto-reproche y sociales y laborales: aislamiento social, pérdida del interés por las cosas, hablar con el fallecido, usar sus prendas personales, ausencias al trabajo, poco rendimiento (Bermejo, 2005; Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Oviedo et al., 2009; Watch Tower, 2015)

Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse de forma apenas perceptible, lentamente; la depresión disminuye y empieza a ser posible pensar en otras cosas e, incluso, el mirar hacia el futuro. La mayoría de las personas en duelo suele recuperarse en el primer o segundo año tras el fallecimiento. La fase final del proceso de duelo es la disolución del excesivo apego a la persona fallecida y el comienzo de un nuevo tipo de vida. La depresión desaparece, el sueño mejora y el nivel de energía retorna a la normalidad. El deseo sexual, que puede haber desaparecido por algún tiempo, ahora puede regresar. Esto es bastante normal y no hay que avergonzarse de ello; es como si el fallecido re-emergiera en otra dimensión, permitiendo mayor tolerancia y aceptación a la re-estructuración de la vida social (Grau et al., 2015; Infante, 2012).

Como puede inferirse, en todo este proceso existen distintos factores involucrados ligados a la causa y modalidad de la muerte como la edad, duración de la enfermedad mortal y de la agonía, el carácter de la muerte, el aspecto del cadáver, los factores preexistentes a la enfermedad mortal, el tipo de relación afectiva con el difunto, el grado de parentesco, el grado de dependencia (económica, social, psicológica) con el fallecido, el sexo del superviviente, la personalidad del superviviente y estado psíquico previo, la presencia o no de otras experiencias de duelo, el carácter y estilo de vida de la persona fallecida (Gómez Sancho, 2007; González, 2012; Landa et al., 2004; NHI, 2015; Prigerson et al., 2001).

Un aspecto interesante de potencial investigación transcultural lo constituye la evaluación del riesgo de duelo complicado en dolientes, con seguimiento en atención primaria de salud, comparando poblaciones de diferentes entornos socioculturales (García, 2014; Grau et al., García Infante, 2014; Sarmiento, 2014; Tizón, 1996).

Fases, tareas y tipos de duelo

El duelo es un proceso, no es un estado, por lo que evoluciona por *fases*, que se suceden de una manera más o menos lineal y que, inevitablemente, comporta sufrimiento (Campos et

al., 2012; Fonnegra de Jaramillo, 2001; Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015). Hay consenso en identificar cuatro fases:

- 1) Negación, entumecimiento o protesta, caracterizada por desconcierto, embotamiento, miedo e ira. Se caracteriza por la noción en el doliente de que “no puede ser cierto...”.
- 2) Anhelo y búsqueda de la figura perdida, caracterizada por la preocupación por la persona perdida, por inquietud física, llanto, puede mantenerse la ira. La noción prevalente es: “extraño tanto...”.
- 3) Desorganización y desesperación, caracterizada por desasogiego y falta de objetivos, aumento de las preocupaciones somáticas y reiterados recuerdos. Prima la añoranza, la nostalgia. La persona se dice frecuentemente “me falta una parte de mí mismo...”.
- 4) Reorganización y recuperación, con el establecimiento de nuevos patrones, objetos y objetivos, el pesar cede. Ya no se recuerda al familiar perdido con tanto dolor, aunque siempre se le recordará; en su lugar surgen recuerdos apreciados. La noción que prevalece es: “estoy más tranquilo, debo intentar rehacer mi vida...”.

No hay acuerdo sobre la duración del duelo y de estas etapas; es imprescindible completar las cuatro fases y que se cumplan las tareas del duelo. Algunos autores plantean que la mitad de las viudas no logran elaborar el duelo al año (Bowlby, 1990). Otros plantean que se adquiere la estabilidad a los dos años, e incluso que pueden necesitar los dolientes para ello hasta tres o cuatro años (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Parkes, 1964, 1980; Pérez, 2015). Parece ser desatinado aplicar las normas de una cultura (por ejemplo, la norteamericana) a otros pueblos. En realidad, no tiene una duración determinada; aparentemente hay una fase aguda, entre los dos y seis meses y a veces hasta los doce meses, y en ocasiones, un recrudecimiento a los seis meses, siendo algunos duelos diferidos (Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a).

En realidad, el duelo se acaba cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando está más esperanzada, cuando tiene nuevas gratificaciones y se adapta a nuevos roles, cuando ya puede recordar a la persona sin tanto dolor, con una tristeza diferente. No hay que sentirse desleal por ello ni tampoco renunciar a esa persona, sino encontrarle un lugar apropiado en la vida interior que deje espacio para los demás (Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Infante, 2012).

Se plantea que hay 4 grandes tareas del duelo (Fonnegra de Jaramillo, 2001; Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a; Grau et al., 2015):

1. Aceptar la realidad e irreversibilidad de la pérdida: “Sólo podremos llegar a ser personas generosas, maduras, si sabemos perder, renunciar, y dejar ir”...
2. Experimentar el dolor de la pérdida: “No se puede amar profundamente sin convertirse en un ser vulnerable a la pérdida”
3. Adaptarse a un medio ambiente en el cual falta quien murió: “Promover y reforzar la inutilidad propia, retraerse del mundo no ayuda a que la vida siga su curso”
4. Retirar la energía emocional colocada en quien murió y reinvertirla en otra relación: “Tampoco uno puede obligarse a no amar”

Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.

La primera tarea es la premisa más evidente, pero el paso más difícil. Aquí hay que tener cuidado con lo que se dice; no se puede minimizar el sufrimiento por la pérdida; la aceptación debe ser intelectual y emocional; sin pena ni dolor no hay duelo. En esta tarea se requiere afrontar plenamente la realidad, de que la persona ha muerto y no va a volver. Lo contrario de la aceptación de la pérdida es no creérsela mediante alguna clase de negación. Hay personas que se niegan a creer que una muerte es real y se quedan ancladas en la primera tarea. Esta negación puede realizarse a varios niveles y adaptar distintas formas; puede ir desde una leve distorsión a un engaño total. Por ejemplo, los padres que pierden a un hijo suelen conservar la habitación tal como estaba antes de su muerte. No es raro ver esta actitud

a corto plazo, pero si se sigue durante años se convierte en negación. Un ejemplo de distorsión, que no es delirio, es el caso de la persona que ve al fallecido reencarnado en uno de sus hijos. Este pensamiento distorsionado puede aliviar la intensidad de la pérdida pero raramente es satisfactorio y dificulta la aceptación de la pérdida. Otra forma de protegerse de la realidad es negar el significado de la pérdida, aminorando la intensidad del dolor, con expresiones como "no era un buen padre", "no estábamos unidos" o "no le echo de menos". Tales forma de negar la realidad les genera dificultad para elaborar la primera tarea, niegan que la muerte sea irreversible, y llegar a aceptar la realidad de la pérdida exige tiempo porque no sólo se requiere una aceptación individual sino también una aceptación a nivel emocional (Batista, 2015).

Tarea II: Experimentar el dolor de la pérdida.

En relación a la segunda tarea del duelo, o sea, dar expresión al dolor de la pérdida, es necesario dar salida a los desahogos, proceso que se ve favorecido con un interlocutor comprensivo y empático. No se debe narcotizar el sufrimiento; los psicofármacos se deben utilizar sólo en casos puntuales, por corto tiempo y repitiendo consulta al doliente; el duelo no se debe psiquiatrizar porque no es una enfermedad, en principio no requiere de terapeutas, pero no se debe dejar sufrir a los dolientes sin apoyo. Entre la sociedad y las personas en duelo suele darse una interacción sutil que puede hacer más difícil la segunda tarea. La sociedad puede sentirse incómoda ante los sentimientos expresados, y a causa de ellos transmitirles un mensaje sutil: "No tienes porqué estar en duelo", "te compadece de tí mismo", "eres joven y hay que seguir adelante". Este tipo de comentarios refuerzan las defensas de las personas provocándoles una negación de la necesidad del duelo que se expresa en afirmaciones como: "No tengo porqué pasar el duelo", "no tengo porqué sentirme así" (Pincus, 1974). Y como decía Bowlby (1980), "tarde o temprano, alguno de los que evitan todo duelo consciente se vienen abajo, casi siempre con alguna forma de depresión".

Por ello es tan importante esta tarea, en el asesoramiento psicológico se requiere facilitar la tarea II para que no arrastren el duelo durante su vida.

La evitación de la segunda tarea tiene como función no sentir, la persona puede llegar a bloquear los sentimientos y el dolor. Emplean diferentes métodos para ello, como utilizar pensamientos desagradables sobre el fallecido, evitar hablar de él o utilizar consumo de alcohol u otras sustancias. Todas son maneras de evitar la tarea II, distanciándose de forma importante de lo que es la elaboración del duelo.

Tarea III: Adaptarse a un mundo sin el fallecido.

Adaptarse al ambiente en el que falta quien murió, puede ser un proceso largo de elaboración. Aquí es necesario buscar creativa y flexiblemente sana adaptación a la nueva situación, que significa cosas diferentes para diferentes personas. Generalmente esta tarea empieza alrededor de los 3 meses. Por lo regular, el doliente debe desarrollar nuevas habilidades y roles. Al inicio, casi nunca está claro lo que se ha perdido, pero después, hasta las cosas de la casa adquieren significado. Los objetos personales del difunto son, de entrada, simbólicamente significativos, poseen sentido, cohesión, armonía, reflejan el misterio de una vida concreta, luego adquieren carácter neutro y llegan a manos de nuevos dueños; el encuentro con lugares y cosas da fugaz y transitoria ilusión de que el muerto aún hace compañía y favorece poco a poco la adaptación (Payás, 2010).

Una teoría defendida por Neimeyer (1999), y otros autores, plantea la necesidad de dotar de significado a las pérdidas. Se trata de un proceso importante para las muertes dolorosas que tienden a hacer que el superviviente albergue dudas sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo. La muerte puede hacer añicos la base de las metas que el superviviente tiene para su vida y cuando alguien hace frente a una pérdida es importante que descubra y cree nuevos significados (Attig, 1996).

Las personas en duelo hacen una aproximación a su nuevo rol, de viudas, por ejemplo, pero también requieren adaptarse a una nueva situación desde sí mismos, identificándose en su nueva vida, con su propia identidad personal, y sentimientos de autoconfianza y autoeficacia (Batista, 2015).

Tarea IV: Reinvertir la energía emocional en otras personas o relaciones.

No debe interpretarse esto como un desleal olvido; con la muerte termina una vida, pero no una relación, que se va modificando, no depende de renunciar al cónyuge o al ser querido, sino de encontrarle un lugar apropiado en su vida interior, que deje espacio para los demás, el sentimiento de culpa no debe obstaculizar. El duelo se puede acabar cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando está más esperanzada, cuando tiene nuevas gratificaciones y se adapta a nuevos roles. Se dice que hay dos grandes signos de recuperación: a) capacidad de recordar y hablar de la persona amada sin llorar ni desconcertarse, y, b) capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida (García-García et al., 1995; Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a; Holc, 2015; Infante, 2012; Watch Tower, 2015), dando especial importancia a la aceptación de las condolencias por la pérdida sufrida, sin evitarlas (Payás, 2010).

¿Cuáles son los tipos fundamentales de duelo?

En general, la mayoría de los autores (Fonnegra de Jaramillo, 2001; Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Landa et al., 2004; Restrepo, 2013) coincide en discriminar 4 tipos básicos:

- El duelo anticipado (preparación previa a la muerte del paciente) ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte. Si es muy largo y desgastante puede traer consecuencias nocivas.

- El duelo congelado o retardado, que se manifiesta en aquellas personas que parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. Al final, ellas se derrumban emocionalmente, por cuanto esta respuesta de negación es insostenible.
- El duelo crónico, donde el superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz durante mucho tiempo de reinsertarse en la sociedad.
- El duelo patológico, en que la persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen. Requiere ayuda por profesionales de la salud, entrenados y competentes.

En los últimos tiempos, se incrementa la tendencia a hablar de “duelo complicado”, que puede incluir duelos crónicos y patológicos (Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Pérez, 2015; Reyes, Grau & Chacón, 2009). Se han resumido algunos factores que pueden hacer pensar que un duelo se hace patológico (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Victoria et al., 2014):

- Existen cambios radicales en estilos de vida, eludiendo actividades y otras personas.
- Hay trastornos pre-existentes, con historia de depresión, culpas y baja auto-estima.
- Ha habido intentos de suicidio.
- El doliente no puede hablar del fallecido sin experimentar dolor intenso.
- El doliente, meses después, se siente ignorado y sin recibir ayuda profesional.
- Hay “regresos” a momentos muy difíciles, después de una evolución aparentemente normal del duelo.
- Negando angustia se acude con frecuencia a consulta médica por motivos triviales.
- Aumenta consumo de alcohol o psicofármacos.
- Hay compulsión a imitar a la persona muerta.
- Aparecen temas de pérdidas en entrevistas clínicas.

- Las personas no quieren desprenderse de bienes materiales del fallecido.
- Se incrementan impulsos destructivos.
- En ciertas fechas hay desproporcionada tristeza.
- Aparecen síntomas similares a los del fallecido.
- Se desarrollan fobias específicas a la enfermedad causa de muerte.
- Se detecta comportamiento anti-social o francamente psicótico.
- Se instala una esperanza crónica continuada de retorno de la persona amada.
- Se producen sueños repetidos de tentativas de salvar o destruir a la persona perdida.
- Se busca persistentemente distanciamiento de situaciones que recuerden la pérdida.

Algunos duelos son más difíciles de elaborar, por ejemplo, los duelos por muerte súbita, producida por accidentes, infartos agudos, homicidios y suicidios, sin aviso previo, ellos requieren comprensión e intervención especial (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Parkes, 1980). Ellos tienen características específicas: sensación de que la pérdida no es real, aturdimiento e insensibilidad aparente tras el aviso, pesadillas, exacerbación de sentimientos de culpa, a veces asociada a deseos hostiles, necesidad de culpar a alguien, buscan chivos expiatorios, implicación de autoridades médicas o legales, litigios, prima sensación de impotencia y rabia, asuntos no resueltos, aumento de la necesidad de entender, de conocer culpable. En particular, el duelo por suicidio de un ser cercano, es muy difícil de afrontar en la familia, es el más dramático, porque frecuentemente se experimenta corrosivo sentimiento de culpa, especialmente si había conflictos interpersonales; se vivencia como necesidad de auto-castigo; los dolientes suelen involucrarse en actos delictivos, en abuso de alcohol, de drogas; surgen sentimientos de vergüenza por estigmatización; se altera la armonía y la dinámica familiar, emergen sentimientos intensos de enojo y baja-autoestima, y los supervivientes pueden especular que

el suicida no pensó en ellos. Incluso, puede haber miedo al propio impulso auto-destructivo cuando hay suicidas múltiples en la familia o riesgos genéticos (Gómez Sancho, 2007).

El duelo tras separación de una pareja puede ser más devastador que la propia muerte, porque cuando es por muerte la gente siente pena por el doliente, le apoyan, se tiene derecho a hacer el duelo público, no hay nada personal porque no hay una responsabilidad personal. Pero cuando es por separación, la relación se acaba por elección de la otra persona, hay más que pena, tristeza, predomina el rechazo de lo más íntimo de uno, se siente pérdida del valor y sin esperanza y además se lucha también con la pérdida de la autoestima. Raramente hay un final totalmente limpio, porque se seguirá viendo a esa persona, se oirá hablar de ella, se enterará uno de que tiene otra relación, y puede llegar a ser desesperante (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015, Holc, 2015). Un tipo muy especial de duelo es el que se produce por la misteriosa muerte súbita de un lactante. Es una variante de duelo imprevisto, con características específicas, donde se acentúan reacciones defensivas de negación, hay alargamiento o cronificación tórpida del proceso, se puede producir una reacción catastrófica o de estrés post-traumático. Suele ser mal comprendido por los demás que argumentan la poca convivencia que tuvo la madre con el pequeño, pero es fuerte y no debe dejarse de tener en cuenta (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015).

A veces se producen duelos “colectivos” por la muerte de personas célebres, admiradas, especialmente artistas famosos. En estos prevalece la ansiedad, el temor, la rabia, la indignación, la frustración, los deseos de castigar a los culpables, la falta de auto-control y casi siempre se acompaña de un desenfrenado movimiento de los medios periodísticos (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015). Los duelos ante catástrofes constituyen una forma particular de duelo colectivo, generalmente con un dantesco espectáculo de los medios masivos que buscan datos sensacionalistas, con información sin formación, falsas alarmas, fotos sensibleras, frases espeluznantes, reportajes donde la vida y muerte son presentadas en

ocasiones de forma superficial. No se tiene en cuenta a veces el respeto y la protección de la identidad de las víctimas (moribundos y muertos), por lo que hay que mantener la dignidad en todo momento posible y valorar cuidadosamente la oportunidad de entrevistas. En estos casos debe mantenerse un cuidado especial a los sobrevivientes, que no tienen tiempo para el luto ni para procesar el duelo y que pueden manejar sentimientos de culpa, rencor, ira, venganza y hasta manipular su negación cicatrizante (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015). Los desastres creados por el hombre y los climáticos, en particular los terremotos, dejan siempre una sensible huella no solo en los familiares de las víctimas y en los supervivientes, sino en los sentimientos de las personas sensibles y solidarias del planeta. Especial consideración deben tener los duelos ante muertes violentas e inesperadas (homicidio, asesinato, terrorismo, etc.) (Grau et al., 2015).

Los niños suelen hacer duelos por la muerte de los animales domésticos (mascotas), el 30 % de ellos con manifestaciones físicas o psicosociales, por ser el primer contacto que muchas veces tienen con la muerte. Son aquí factores de riesgo el nivel de apego al animal, la realización fortuita de sacrificio del animal, las actitudes sociales hacia la muerte de mascotas y el soporte familiar de padres y demás allegados, y el apoyo profesional que pueda brindar el equipo veterinario, comprendiendo, respetando y manejando los sentimientos que el niño pueda tener, considerando el nivel de desarrollo evolutivo del concepto de muerte (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015).

Factores implicados en el duelo complicado

A pesar de que la mayoría de las personas dolientes son capaces por sí mismas de afrontar el sufrimiento asociado a su duelo y pueden llegar, con el tiempo, a completar este proceso, se calcula que hasta un 30 % acaban con un duelo complicado. Con frecuencia en las consultas de psiquiatría los pacientes acuden a buscar ayuda a partir de trastornos que se presentan asociados a duelos; el duelo deviene así en un problema semi-oculto, no bien

conocido ni tratado inadecuadamente (Barreto et al., 2008; García, 2014; Grau, 2011a; Sarmiento, 2014).

Con frecuencia el duelo dura entre seis meses y un año, algunos signos y síntomas pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar. Por lo general, los síntomas agudos del duelo se van suavizando y entre el primer y tercer mes posterior a la pérdida, la persona en duelo es capaz de volver a realizar las actividades cotidianas. Si el proceso se prolonga en el tiempo, con sintomatología física y psicológica, se considera como duelo crónico o patológico, es decir, un duelo complicado; esto ocurre cuando el duelo no se ha elaborado correctamente, no se han vivido algunas fases, se han interrumpido o se han reprimido emociones dolorosas, pudiendo surgir síntomas patológicos, relacionados con la necesidad de permanecer unido al ausente (Fonnegra De Jaramillo, 2001; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Reyes et al., 2009).

Las personas pueden llegar a presentar verdaderas reacciones psicopatológicas, sufriendo determinados síntomas que pueden dificultar el proceso del duelo. Algunos de los síntomas son similares a los observados en las depresiones mayores, tales como tristeza, trastornos del sueño, alteraciones del apetito y de la libido, pérdida de peso, sentimientos de culpa e ideación suicida; muchas veces el doliente considera que debería haber desaparecido junto al fallecido, o incluso haber muerto en su lugar. Pueden aparecer también sentimientos de inutilidad, experiencias alucinatorias, sensaciones de padecer la misma enfermedad de la persona fallecida, confusión, lentitud psicomotora y deterioro de algunas funciones orgánicas. El síntoma más característico es la disminución del interés por el mundo exterior, sobre todo lo que recuerda a la persona fallecida. Por ello hay que tener en cuenta que el proceso de duelo va a tener una relación directa con el entorno personal, familiar y social.

Adicionalmente pueden surgir síntomas físicos como cefaleas, problemas gástricos o respiratorios, palpitaciones, sudoración, y una fuerte disminución de las defensas del organismo (Grau, 2011a).

La instalación de defensas emocionales rígidas y perdurables en el tiempo, característica del duelo complicado, permite manejar la sintomatología, es decir, minimizar el sufrimiento, pero a costa de alterar la capacidad de contacto del doliente consigo mismo y en relación con los demás. . La persona se disocia del mundo interno y externo que la conecta con recuerdos relacionados con la muerte del fallecido, y a la vez se separa también de experiencias placenteras relacionadas con la vida y con los que quedan. Esto explica que la mayoría de las personas que atraviesan un duelo complicado tienden a manifestar conductas de aislamiento, distorsionando la realidad cada vez más, inhibiendo la espontaneidad y limitando una manera sana de relacionarse con uno mismo y con el mundo (Payás, 2010).

Cuando esto ocurre se debe buscar la asistencia de un profesional con entrenamiento en manejo del duelo, y además comprender a la persona en cuestión, darle apoyo. Hay que tener en cuenta que aunque el dolor existe, la vida continúa y exige que la cotidianidad cuente con atención, entusiasmo y lucidez. Un correcto manejo del duelo permitirá al afectado reintegrarse a su vida normal con la energía necesaria. La mejor manera de superar un proceso de duelo es buscar apoyo en el entorno, comunicando los sentimientos y emociones, al mismo tiempo que se hace una sana re-evaluación de la muerte como un proceso natural y se destaca, a los ojos del doliente, el gran valor de la vida de su fallecido (Grau, 2011a, b; Grau et al., 2015; Victoria et al., 2014). Como dice Elisabeth Kübler-Ross: “No se trata solamente de la vida que se pierde, sino de la vida que se ha vivido” (Kübler-Ross & Kessler, 2006).

La pérdida de un ser querido produce un sufrimiento que debe atenuarse al cabo de cierto tiempo, aunque los recuerdos y el amor por esa persona se mantengan (Grau, 2011b; Infante,

2012). ¿Cómo saber si el duelo está durando demasiado tiempo? Algunas señales son la prolongación del estado depresivo con sentimientos de devastación durante más de 4 o 6 meses, incapacidad para continuar con las actividades habituales, para concentrarse, dormir, comer o socializar como se solía hacer normalmente, y en ocasiones, ideas suicidas (Grau, 2011a; Sanders, 2013; Grau et al., 2015; Psicología y Salud Mental, 2014).

La mayor parte de los autores revisados (Carr, 1992; Fauré, 2004; Gómez Sancho, 2007; Jacobs, 1999; Landa et al., 2004; Parkes, 1964; Parkes et al., 1983; Prigerson et al., 2001; Worden, 1997) coinciden en considerar como predictores de malos resultados o de dificultades en la elaboración del duelo los siguientes:

- a) Muertes repentinas por hechos traumáticos (suicidios, accidentes, violencia).
- b) Pérdidas múltiples o inciertas (no aparece el cadáver).
- c) Muerte de un niño o de un adolescente (en general, de una persona joven).
- d) Doliente en etapas tempranas o tardías de la vida.
- e) Muerte tras una larga enfermedad.
- f) Doliente demasiado dependiente o relación ambivalente con el fallecido.
- g) Problemas económicos o escasos recursos personales (trabajo, aficiones).
- h) Poco apoyo socio-familiar real o sentido, alejamiento de sistemas de apoyo socio-religioso o cultural.

Para conocer en la práctica clínica si nos encontramos ante un duelo con evolución dificultosa, pueden servir de ayuda cuatro criterios (Landa et al., 2004):

Criterio A:

1. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona.
2. Estrés por la separación del ser querido que conlleva la muerte. Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:
 - a. Pensamientos intrusos - que entran en la mente sin control - acerca del fallecido.

- b. Añoranza - recordar con pena su ausencia- del fallecido.
- c. Búsqueda - aún a sabiendas que está muerto- del fallecido.
- d. Soledad como resultado del fallecimiento.

Criterio B:

1. Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:
 - a. Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro.
 - b. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
 - c. Dificultades en aceptar la muerte (p. ej.: no terminar de creérselo,...)
 - d. Sentir la vida vacía y/o sin sentido.
 - e. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
 - f. Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo (p. ej.: perder la sensación de seguridad, la confianza, el control)
 - g. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
 - h. Irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte.

Criterio C:

La duración del trastorno (los síntomas arriba indicados) es de al menos 6 meses.

Criterio D:

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

A veces, sin embargo, puede resultar difícil discernir en la práctica clínica a través de entrevistas, si un duelo tiene o no una evolución tórpida (Grau, 2011a). Quizás por esta razón, los factores de riesgo que han sido enumerados anteriormente, han sido retomados con intentos de medición (Barreto et al., 2008; Gabriel & Kirschling, 1989; Hansson, Carpenter & Fairchild, 1993). Hoy en día se dispone de algunos instrumentos con aceptables propiedades

psicométricas, que intentan evaluar el riesgo o su intensidad, como el “Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado” (CRDC) de Parkes y Weiss (1983), con una versión castellana que explora el bajo y alto riesgo de duelo complicado a partir de una puntuación limítrofe, y el “Inventario Texas Revisado de Duelo” (ITRD), adaptado también en España y que explora la intensidad a partir del impacto inicial tras la muerte (ITRD-Pasado) y el impacto en el momento actual (ITRD-Presente) (Faschingbauer, De Vul, & Zissok, 1977; Faschingbauer, 1981; García-García, Landa, Trigueros, & Gaminde, 2005). Conocer tempranamente los factores de riesgo del duelo complicado o con potencial curso patológico, puede ayudar mucho a su prevención y control (Batista, Ojeda & Gómez, 2014; García, 2014; Ojeda, Gómez & Batista, 2012; Sarmiento, 2014).

Clínicamente, es frecuente confundir a la depresión con el duelo. A continuación se exponen sus características.

Tabla 1
Criterios de Kaplan para contrastar similitudes y diferencias entre duelo y depresión (Kaplan et al., 1999).

DUELO	DEPRESIÓN
Identificación normal con el difunto; escasa ambivalencia	Identificación anormal y excesiva; mayor ambivalencia e ira inconsciente
Llanto, pérdida de peso, disminución de la libido, retraimiento, insomnio, irritabilidad, disminución de la concentración y atención	Manifestaciones similares
Ideas suicidas poco frecuentes	Ideas suicidas más frecuentes
Culpa relacionada con la forma en que fue tratado el muerto; no hay sentimientos generalizados de auto-desvaloración	Culpa, el sujeto se considera malo o sin valor
Índice empatía-simpatía	En general, produce fastidio, disgusto e irritación en los demás
Con el tiempo, los síntomas ceden; la reacción es auto-limitada y suele desaparecer dentro de los seis meses	Los síntomas no ceden y pueden empeorar; a veces siguen presentes al cabo de los años
Susceptibilidad a enfermedades físicas	Susceptibilidad a enfermedades físicas
Responde a la transmisión de confianza y contactos sociales	No responde a la transmisión de confianza; rechaza los contactos sociales
La medicación antidepresiva es efectiva, pero no siempre necesaria	La medicación antidepresiva es efectiva y generalmente necesaria

La intervención en el duelo: la necesidad de seguimiento no intrusivo

Además de los autores señalados, muchas otras obras científicas y también de corte popular, para divulgación y auto-ayuda, contienen consejos para la elaboración del duelo, proceso que ha sido tema en la formación de profesionales que cuidan a personas al final de la vida (Bermejo, 2008; Brothers, 1992; Flórez, 2002; Genevro, Marshall & Miller, 2003; Ginsburg, 1999; Grollman, 1986; James & Friedman, 2001; Jülicher, 2004; Kissane, 2005; Longaker, 2008; Martin et al., 2004; Mazorra et al., 2005; Montoya, 2003; Navarro, 2006; Neimeyer, 2002; Nomen, 2007, 2008; Novellas & Pajuelo, 2003; O'Hanlon, 2005; Pangrazzi, 1993; Payás, 2007, 2010; Sanders, 1989). Sin embargo, hay que distinguir la ayuda general que puede prestarse a personas en duelo y las intervenciones profesionales propiamente dichas (Grau, 2011a; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Reyes et al., 2009).

En general, para ayudar a la mejor elaboración del duelo, no se puede impedir el desahogo emocional del doliente; sin pena, sin dolor, sin tristeza; sin ello, no hay resolución posible del duelo. Muchas veces se coarta de este desahogo emocional al sufriente porque los demás no quieren sufrir viéndole con expresiones de dolor. Por otra parte, hay que permitirle conocer detalles relacionados con la realidad; muchos dolientes quieren saber por qué murió su familiar querido, cómo murió (si es que no estuvieron presentes), qué dijo. Criticar, imponerle estereotipos culturales o familiares al doliente, es contraproducente, hay que ayudarlo a considerar normales sus emociones y pensamientos. Para esto hace falta conocer las fases del duelo y los facilitadores de ese proceso, tener claro que el sufrimiento intolerable tendrá fin, y de que la magnitud de los sentimientos no se miden en un tiempo dado, rígidamente establecido. Es útil para el doliente considerar que la relación anterior con la pérdida no desaparece, tan solo cambia. No deben aconsejarse “curas geográficas” (pasar un tiempo en casa de otros familiares, viajar) o cambios de hogar, con los viajes y las estancias con otros familiares permanece el duelo, el cual se va elaborando en cualquier lugar.

Tampoco es aconsejable apresurarse en evadir recuerdos o deshacerse de cosas; ver los retratos, tocar las ropas del fallecido son acciones necesarias que validan la pérdida y permiten el re-encuentro con su imagen en otra dimensión. Es recomendable permanecer varios días en casa antes de reiniciar el trabajo, en la mayor parte de los países se otorgan permisos laborables, de algunos días, para facilitarlos (Grau, 2011a; Grau et al., 2015).

La bibliografía disponible abunda en consejos o recomendaciones a personas en duelo. No ayuda al curso normal del duelo (Grau, 2011a; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015):

- Imponerse actitudes de falsa fortaleza.
- Tomar decisiones importantes sin que pase el tiempo y se reflexione adecuadamente.
- Idealizar la pérdida.
- Viajar, mudarse de residencia, romper cartas, fotos...
- Involucrarse rápidamente en una nueva relación amorosa.
- Dejar intactas las posesiones de quien murió.
- Ingerir psicofármacos, alcohol, drogas...
- Comportamientos sexuales promiscuos.
- Aislarse y rechazar ayuda.
- Auto-compasión.
- Comparar las penas propias con las de otros.
- Aceptar mandatos de familiares.
- Aceptar mandatos culturales y sociales.
- Sentirse desleal por sonreír o distraerse.

Recordemos siempre que el duelo es algo que hacemos nosotros mismos y no algo que alguien pueda hacer por nosotros. Cualquier ayuda o comprensión compasiva es aliviadora, pero no debe ser exagerada, ni alguien debe dirigir el rumbo de la vida del doliente. Las soluciones y consejos intentados por las personas cercanas y la insistencia en que se supere

rápidamente, puede dificultar que se realice de forma natural (Fonnegra de Jaramillo, 2001; Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a; Grau et al., 2012). Atender a las necesidades fundamentales de las personas en duelo durante el proceso terapéutico es fundamental para la elaboración adaptativa. La ausencia de un ambiente de protección, la negligencia del entorno, la dificultad de mantener apoyo a lo largo del duelo, o la desautorización de la expresión verbal y/o emocional, suponen un fracaso relacional, que puede provocar una desintegración añadida y en ocasiones puede ser más devastadora que la propia pérdida (Payás, 2010). Desde esta perspectiva, el trabajo presentado por Erskine, Moursund & Trautmann (1999), sobre las transferencias, ayuda a la categorización de necesidades fundamentales para la ayuda terapéutica de las personas en duelo:

1. Ser escuchadas y creídas en toda su historia de pérdida.
2. Ser protegidas y tener permiso para expresar emociones.
3. Ser validadas en la forma de afrontar el duelo.
4. Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad.
5. Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo.
6. Sentir que su experiencia de duelo tiene un impacto en el otro.
7. Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa.
8. Poder expresar amor y vulnerabilidad.

Cuando son necesarias intervenciones propiamente dichas hay que tener claridad en sus objetivos y sus modalidades. Las sesiones de intervención serán próximas al principio, abordando aspectos más emocionales (7 sesiones de 30-45 min. cada 2 semanas al inicio del primer año) y se espaciarán progresivamente (primero cada 1-2 meses, luego cada 3-4 meses, ya pasado el primer año), en la medida que abordamos preferentemente aspectos más prácticos de su nueva vida. Conviene el seguimiento, al menos, por un año, considerando

siempre características individuales (Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Landa et al., 2004; Reyes et al., 2009).

A lo largo de cada sesión, se irán considerando técnicas generales y se utilizarán sólo las más específicas de acuerdo a la situación. Los contenidos de las sesiones los marcará la persona en duelo, según sus necesidades. La primera fase de duelo agudo se orienta al apoyo para facilitar la verbalización y libre expresión de sentimientos y recuerdos, realizando un abordaje emocional. Posteriormente se prestará mas atención a sus creencias en relación con el difunto (lo que piensa, lo que siente, lo que hace, etc.) y se fomentará una actitud crítica del doliente hacia ellas, mirándose desde fuera como un espectador. Finalmente se abordarán las dificultades que tiene para integrarse de nuevo en su mundo, clarificando sus habilidades, utilizando los recursos de que dispone, fomentando las actividades lúdicas y las relaciones sociales, que deberán enfocarse desde otro contexto, buscando crear nuevas relaciones, aprendiendo de nuevo a disfrutar sin sentirse culpable y dando significado a la pérdida (Grau, 2011a; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Landa et al., 2004; Payás, 2010).

Las técnicas de intervención pueden dividirse en: *exploratorias* (recogida de datos básicos para la intervención); *de intervención general* (conforman nuestra actitud al intervenir), estableciendo una buena relación (R), escuchando (E), facilitando (F), informando (I), normalizando (N), orientando (O) (*REFINO*); *de intervención específica de uso habitual* (relacionadas con los problemas planteados habitualmente por el doliente) y *de intervención específicas de uso especial* (utilizadas sólo ocasionalmente) (Grau, 2011a; Grau et al., 2012; Landa et al., 2004; Reyes et al., 2009).

Las técnicas *exploratorias* proporcionan un “perfil de duelo” para orientar la intervención; acaban con un resumen de lo más relevante en cada apartado explorado (datos generales y sociofamiliares, incluyendo genograma, antecedentes personales, evolución del proceso de duelo, etc.). Pueden incluir la aplicación de instrumentos para conocer factores de riesgo de

duelo complicado. Las *técnicas generales de intervención* y las *técnicas exploratorias* pueden y deben ser utilizadas por cualquier profesional entrenado en procedimientos de comunicación y apoyo, especialmente de atención primaria.

Las *técnicas de intervención específicas de uso habitual* implican: la anticipación de fechas y situaciones que provocan reacciones de dolor y desmoralizan: la toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades, rompiendo el bloqueo cognitivo mezclado con el miedo; narración repetitiva de la muerte, “contando” historias que lavan, purgan, ordenan y estructuran el pensamiento; prescripción sutil de tareas y rituales (ejercicios físicos, cambios de estilos de vida), hablar de los sueños y de presencias visuales, auditivas, táctiles que deben normalizarse; prudentes sondas emocionales y preguntas terapéuticas sobre puntos álgidos y provocando relatos. Es importante huir de tópicos sociales al uso que alejan emocionalmente al doliente; farmacología (la menos posible, sin provocar anestesia emocional y diferenciando tristeza del duelo, de depresión); realizar pruebas complementarias no intrusivas (análisis simples, radiografías, electrocardiogramas, etc.) que tranquilicen y confirmen su salud; detección de complicaciones y filtro para derivar a niveles especializados ante estilos de afrontamientos abiertamente autolesivos, detectar comorbilidad asociada, adicciones severas, duelo patológico, etc. Las *técnicas de intervención específica de uso especial* incluyen: apoyo con seguimiento telefónico, escribir o grabar ideas o sucesos, dibujar, biblioterapia (libros de autoayuda), elaborar un álbum de fotos, atesorar recuerdos en una caja, videos (incluyendo al fallecido), terapia con animales domésticos, uso de Internet y de ayudas “on line”, reestructuración cognitiva, fantasías y visualizaciones dirigidas, uso de metáforas y moralejas, etc. Estos dos últimos tipos de técnicas deben ser empleadas por profesionales de salud mental debidamente entrenados (Grau, 2011a; Grau et al., 2012; Grau et al., 2015; Reyes et al., 2009). El seguimiento y manejo terapéutico del duelo es un trabajo

psicológico que exige mucha preparación técnica específica, una gran responsabilidad y un auto-cuidado profesional considerable.

En resumen, el duelo es parte normal de la vida y es necesario. Siempre engendra sufrimiento. Hay que buscar el sentido a ese sufrimiento. Atraviesa por diferentes etapas y tiene sus tareas concretas en la vida de las personas. Toda persona en duelo necesita comprender, reaccionar, recordar y seguir adelante. A pesar de que el duelo es una reacción normal ante la pérdida, requiere ser considerado en el espectro de problemas de salud pública, toda vez que incrementa la vulnerabilidad a enfermar y morir. Aprender a perder es sin dudas un reto, ya que equivale a reconocer que la vida no es sólo ganancia sino también pérdida. Este aprendizaje proporciona al individuo mejores condiciones para la adaptación y afrontamiento más eficaces hacia las pérdidas que se producirán a lo largo de la vida. Su manejo implica reflexiones éticas. Siendo un proceso normal, tiene la posibilidad de complicarse, por lo que la atención a los dolientes debe basarse en un seguimiento del proceso y no en una intervención intrusiva que puede ser dañina, toda vez que cada persona lo elabora y resuelve con sus características propias y en su entorno particular. Si se requiriera intervención ésta deberá ser cuidadosa, con atención a la dignidad de cada ser humano, a su perfil biográfico, a sus relaciones interpersonales.

La educación deberá optar por fomentar desde la infancia la preparación para la aceptación de las pérdidas y fortalecer la atención al duelo como una de las más importantes tareas del nivel primario de atención.

Para lograr estos propósitos es necesario profundizar en la investigación, caracterizando el proceso de duelo en entornos similares y disímiles. Un problema interesante de investigación transcultural resulta la evaluación del riesgo de duelo complicado en dolientes de personas fallecidas de cáncer, con seguimiento en atención primaria de salud, comparando poblaciones de dos entornos socioculturales con similitudes y diferencias (Gran Canaria y un municipio

de la ciudad de La Habana), en base al riesgo y la intensidad y características del proceso de duelo en dos momentos de investigación: en una etapa temprana de duelo (a los 3 meses) y a los 14 meses, cuando se supone haya avanzado la elaboración cognitiva y emocional de la pérdida, tras un primer aniversario del deceso.

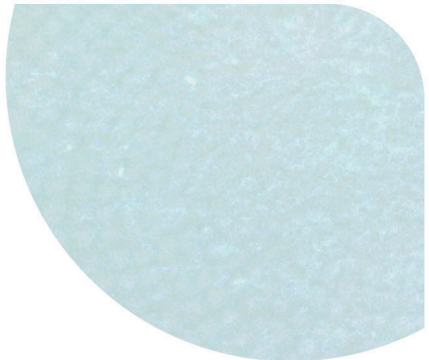
Según las investigaciones expuestas anteriormente, nuestros objetivos para el desarrollo de esta tesis serían:

OBJETIVO GENERAL

Pretendemos estudiar en dos muestras poblacionales culturalmente diferentes, aunque cercanas (canaria y cubana) el riesgo de duelo complicado, así como las posibles similitudes y discrepancias en las características de dicho duelo en ambas muestras.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar y comparar el nivel de riesgo diferencial para un duelo complicado en cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer en Gran Canaria y en un municipio de La Habana (Plaza de la Revolución), en 2 momentos sucesivos, a lo largo de 14 meses de evolución del duelo.
2. Establecer las semejanzas y las diferencias en las características del duelo entre los grupos de cónyuges estudiados, evaluados en Gran Canaria y en un municipio de La Habana, en dos momentos sucesivos, a lo largo de 14 meses de evolución del duelo.



Método



Método

Participantes

El estudio se efectuó en una muestra electiva (intencional, no probabilística) de viudos y viudas de pacientes fallecidos con cáncer, que han sido atendidos con Cuidados Paliativos en Gran Canaria y en un municipio de la ciudad de la Habana (Municipio “Plaza de la Revolución”, en cuyos 7 policlínicos se desarrolla un proyecto de implementación de cuidados domiciliarios), durante el período 2009-2012. Se incorporaron definitivamente al inicio de la investigación 82 dolientes de España (Gran Canaria) y 80 de Cuba (La Habana), para un total de 162 personas estudiadas.

En cuanto a la variable género, tanto en la población de La Habana como en la de Gran Canaria, predomina el sexo femenino (69,8 % del total). Esta mayoría es un poco más marcada en Canarias (74,4 %) que en La Habana (65 %). Desde el punto de vista de la edad, predominan las personas entre 66 y 75 años (36,4 % del total), seguidas de las del grupo de 56 a 65 años (23,5 %), y las de más de 75 años (20,4 %). De 46 a 65 años sólo hay un 14,2 % y con edad menor que ésta, solo un 5,6 %. La distribución por edades es bastante similar en ambas poblaciones.

De un total de 162 personas que comenzarían a formar parte de la investigación, concluyeron al finalizar la misma 151. En la población de La Habana, de la primera aplicación (a los 3 meses del fallecimiento del cónyuge) con 80 dolientes pasó a 75 dolientes finales. En la población de Gran Canaria, de la primera aplicación con 82 dolientes, se concluyó con 76 finales. A los 14 meses hubo una mortalidad experimental de 11 casos, siendo la muestra final de 151 dolientes. La merma es bastante similar por grupos poblacionales (6 canarios y 5 cubanos, 7,3 % y 6.3 % respectivamente de sus totales iniciales respectivos). En la muestra de Gran Canaria se perdieron 2 varones y 4 mujeres (2 de ellos no quisieron continuar con la investigación y 4 requirieron intervención psicológica) y en la

muestra de La Habana la merma se estableció en 3 varones y 2 mujeres (los 5 requirieron intervención psicológica). Hay que mencionar que en la muestra de Gran Canaria 2 dolientes no pasaron el Cuestionario del CRDC en la 1ª aplicación, pero sí contestaron al ITDR. Esos 2 casos no se pudieron contabilizar por ser datos perdidos.

Así pues, se incluyó en un primer momento a 162 dolientes de las 2 muestras, con análisis de datos generales de los dolientes, relativos a la ficha de recogida de datos (Anexo III), y continuando con 160 para el análisis de datos del resto de instrumentos, durante la primera aplicación.

Durante la segunda aplicación se realizó el análisis de los datos en base a 151 participantes en total.

Instrumentos

En la presente investigación, en la etapa del duelo temprano se recogieron datos personales de los dolientes en una *ficha de datos generales*, que contenía algunas variables sociodemográficas y clínicas de interés para el seguimiento del duelo. En ella se recogen datos relativos a sexo; edad del doliente en categorías, número de hijos, estudios completados, perfil profesional, situación laboral, con quien convive, antecedentes de problemas de salud y enfermedades crónicas diagnosticadas en los últimos 3 años (especificando tratamientos actuales), antecedentes de enfermedad en la familia, muertes traumáticas en la familia o amigos cercanos en los últimos 5 años, problemas económicos serios, apoyo socio-familiar percibido y observaciones (ANEXO III).

Después de una revisión de los principales instrumentos publicados para evaluación del duelo (Gabriel et al., 1989; Hansson et al., 1993; Prigerson et al., 2001), se decidió utilizar el *Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC)* de Parkes & Weiss (1983), que ha mostrado utilidad en estudios anteriores para evaluar riesgo en viudos/as (Beckwith, Beckwith, Gray, Micsko, Holm, Plummer et al., 1990). El cuestionario fué adaptado al

castellano por García-García et al., (2001), y concretamente para la realización de esta investigación, transcultural, este cuestionario fue sometido a una adaptación lingüística realizada en Cuba por Grau et al., (2008), siguiendo un criterio de 15 expertos.

El objetivo principal de este test es detectar el riesgo de duelo complicado. Según García-García et al., (2001), pp. 10-11, "El cuestionario en su versión original presentó una fiabilidad obtenida mediante alfa de Cronbach de 0,74 y la validez estaba representada por el 94 % en cuanto a sensibilidad y el 45 % en cuanto a especificidad". Aunque las cualidades psicométricas son limitadas, algunos autores recomiendan su uso, siendo un test específico para este tipo de población, que permite hacernos una idea del riesgo de complicación en duelo, además de que estos autores exponen la necesidad de nuevos estudios de fiabilidad y validez de esta versión adaptada al español. Del mismo modo, Barreto, De la Torre & Pérez-Marín (2012), refieren que actualmente la versión traducida al castellano está en fase de validación a nuestro medio.

Es un cuestionario exploratorio de 8 preguntas (items) en escalas de 5-6 posibilidades de respuesta tipo Likert puntuadas entre 5-6 puntos dependiendo de la pregunta, donde se puntúa el bajo y alto riesgo de duelo complicado a partir de la sumatoria de los puntajes en las escalas, según los estudios españoles con puntuación limítrofe de 15, de acuerdo a la respuesta del doliente a cada ítem. Si la puntuación es igual o mayor a 15 se determinaría alto riesgo de duelo complicado. Vale la pena advertir que los criterios de "corte" para el bajo y alto riesgo constituyen tan sólo una aproximación en base a los estudios de reconocidos autores anglosajones (Parkes & Weiss, 1983; Beckwith, et al., 1990), ya que hasta donde conocemos, no han sido elaborados los puntos de corte para poblaciones españolas y cubanas. De cualquier modo, ante la virtual ausencia de medidas de riesgo, y considerando los aportes de estos autores en materia de duelo, y específicamente las referencias que aluden a la necesidad de intentar estas medidas (Gabriel & Kirschling, 1989; Hanson et al., 1990), puede

ser considerada de forma aproximada esta puntuación total que ofrece el CRDC, con cierta prudencia, para una comparación entre poblaciones latinas como las de Gran Canaria y La Habana, en espera de futuras investigaciones que precisen los puntos de corte. Los ítems hacen referencia al número de hijos menores de 14 años en el hogar, clase social/ocupación de la persona que más ingresos aportaba en la familia, empleo de la viuda/o fuera del hogar, pensamientos de aferrarse al fallecido, sentimientos de enfado, culpas, relaciones actuales y pronóstico percibido del doliente (ANEXO IV).

Para evaluar la intensidad y características del duelo se seleccionó el *Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)* de Faschingbauer et al., (1977, 1981), por ser muy fácil de rellenar, poder puntuarse directamente (sin plantillas ni programas informáticos, solamente con “lápiz y papel”), tener unas adecuadas propiedades psicométricas y ser uno de los más utilizados. El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) fue adaptado en España por García-García et al., (2005), demostrando su fiabilidad y validez. El ITRD comprende 2 factores, el factor 1 referido al pasado (impacto inicial tras la muerte) con 8 ítems, y el factor 2 referido al presente (aquí y ahora) con 13 ítems. De acuerdo al análisis factorial para la validez de constructo, se aislan los 2 factores, encontrándose para dicha validez un valor de 30,20 % de varianza en el factor 1 y un valor de 9,60 % de varianza en el factor 2. Hallaron la consistencia interna (alpha de Crombach: con un valor de 0,75 en la Parte I: pasado; y un valor de 0,86 en la Parte II: presente). Los autores refieren, que no hubo diferencias significativas entre las versiones anglosajona y la castellana. De cualquier modo, como paso previo a su aplicación en población cubana, se buscó la validez de contenido de este instrumento siguiendo los criterios de Moriyana (1968), consultando 11 expertos en Cuidados Paliativos y seguimiento del duelo, no existiendo un solo ítem en donde no se puntuara conformidad en menos de 7 en una escala de 1-10, por lo cual se decidió aplicar también a dolientes en la ciudad de La Habana.

El ITRD es un cuestionario de 21 ítems, con respuestas tipo likert de 5 categorías (tipo Likert) desde “completamente falso” hasta “completamente verdadero”, puntuando entre 5 y 1 respectivamente. Mide la intensidad del duelo en dos subescalas: ITRD “Pasado” (8 ítems, puntuando de 8 a 40) e ITRD “Presente” (13 ítems, puntuando de 13 a 65). El ITRD “Pasado” se refiere al impacto inicial tras la muerte, para contestar estos 8 ítems se le pide al doliente que vuelva atrás en el tiempo y se sitúe cuando ocurrió la muerte de su ser querido. El ITRD “Presente” se refiere al “aquí y ahora”, para contestar los 13 ítems de esta subescala se le pide al doliente que se sitúe en el momento actual. Para su evaluación se suman las puntuaciones de cada ítem y se calculan los totales de cada una de las dos partes del cuestionario. La parte I de 8 ítems y 40 de puntuación máxima, que explora la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento; y la parte II de 13 ítems y 65 de puntuación máxima, que explora los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido. Todos los ítems del ITRD y su total fueron evaluados en una escala ordinal descendente (de mayor a menor riesgo), de manera que una puntuación total menor significa mayor riesgo (ANEXO V).

Procedimiento

La pregunta fundamental que rigió esta investigación podría formularse como: ¿Qué nivel de riesgo y qué características del proceso de duelo estarán presentes en cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de haber recibido Cuidados Paliativos en lugares con similitudes -y también diferencias culturales- como Gran Canaria y La Habana en dos momentos a lo largo de 14 meses de la pérdida?

En consecuencia, esta investigación tuvo como objetivo hacer un seguimiento del proceso de duelo a los viudos/viudas de enfermos a lo largo de 14 meses posteriores al deceso. Pretendió contrastar los resultados en cuanto al nivel de riesgo y las características del duelo en una primera etapa, concretamente a los 3 meses del deceso (duelo temprano) y en una

segunda etapa, a los 14 meses (duelo a largo plazo) en cónyuges dolientes de Gran Canaria y de un municipio de la ciudad de La Habana (municipio “Plaza de la Revolución”), en el cual se había implementado un sistema de cuidados paliativos domiciliarios durante el período en que se realizó el estudio. La investigación incorporó un estudio de antes a después en cada grupo (de 3 a 14 meses) y una comparación entre ambos grupos en los dos momentos del seguimiento.

Investigación de carácter exploratorio, y diseño longitudinal y transcultural con la aplicación de dos instrumentos de evaluación de riesgo de duelo complicado. La modalidad de diseño en grupos de dolientes (en duelo temprano e intermedio) será igual para Gran Canaria y La Habana.

El primer contacto con los participantes se realizó (una vez clasificados los que cumplían los criterios de inclusión), a través de una llamada telefónica, antes del tercer mes del fallecimiento del cónyuge, informándoles de la posibilidad de participar en una investigación sobre duelo y pérdidas. Se les comunicó que la colaboración voluntaria en esta investigación, supondría una ayuda en la mejora de la calidad asistencial, para personas que tuvieran que elaborar un duelo. A partir de esta primera aproximación, aquellas personas que aceptaban dicha colaboración, se les invitaba a una entrevista personalizada y más detallada en su domicilio, fijando fecha y hora en ese momento, y concretando que la entrevista tendría una duración de aproximadamente 40 ó 45 minutos.

Como premisa esencial en la investigación, se consideró la confidencialidad de los datos otorgados por los participantes, por lo que se elaboró un documento de *consentimiento informado para participantes de investigación*. El propósito de ese documento era proveer a los participantes de una clara explicación de la investigación a realizar, así como el rol que desempeñarían en la misma, y el carácter de confidencialidad durante todo el proceso

(ANEXO II). Este documento se pasó a los participantes en primer momento que aceptaban la investigación, para su lectura y firma consiguiente.

De especial importancia era considerar que durante la entrevista en el domicilio podrían aparecer síntomas psicológicos y/o físicos relativos a la pérdida sufrida meses antes. Así pues, en ese momento o posteriormente, durante el desarrollo de la investigación, se identificarían casos que requiriesen intervención terapéutica. Los dolientes con necesidades terapéuticas saldrían de la investigación, este es el motivo por el que desde un primer inicio, al término de la investigación, en ambas poblaciones disminuyó el número de participantes.

El seguimiento fué realizado por personal debidamente preparado para dar instrucciones y aclarar dudas sobre la cumplimentación de los instrumentos. En el grupo de Gran Canaria, las personas que aplicaron la entrevista y los cuestionarios fueron un total de 4, pertenecientes al equipo psicosocial de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, correspondiendo a 3 psicólogas y 1 trabajadora social. Una de las psicólogas con Master en Psicooncología y Cuidados Paliativos, otra con Especialidad en Psicopatología y Salud, y las 3 con Postgrado en Intervención psicosocial con Pacientes con Enfermedades Avanzadas y sus familiares. La Trabajadora Social realizaba formación específica sobre Cuidados Paliativos, de forma continua, por la Fundación La Caixa, igual que las 3 psicólogas. En el grupo de La Habana, participaron 2 personas en la recogida de datos y aplicación de los cuestionarios, correspondiendo a 2 psicólogas diplomadas en Cuidados Paliativos, Máster de Bioética y una de ellas profesora de Ciencias Médicas en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

En cuanto a los criterios de inclusión para participar en la investigación se determinaron los siguientes:

- Que los dolientes hayan sido cónyuges de enfermos fallecidos con cáncer que fueran atendidos por equipos de Cuidados Paliativos

- Que estos cónyuges se hayan implicado en los cuidados a su pareja durante la última etapa de la enfermedad (6 meses últimos como mínimo)
- Que sean mayores de 18 años sin límite superior de edad
- Que estén localizables o la familia brinde o facilite su localización para las entrevistas
- Que hayan dado su consentimiento informado para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión para dicha investigación se determinaron según siguientes aspectos:

- Dolientes dementes o psicóticos o con discapacidades y minusvalías para contestar los instrumentos y participar en el estudio (analfabetos, incapacitados intelectualmente, etc.)
- Cónyuges que no hayan participado en los cuidados a su pareja en la última etapa de su enfermedad o que no estén localizables en el momento del estudio
- Cónyuges menores de 18 años de edad
- No ofrecer consentimiento informado para participar en las tareas del estudio
- Dolientes que tengan necesidad de intervención psicológica a lo largo de la investigación.

Procesamiento estadístico de los datos

Los datos fueron recogidos en sendas tablas de Excel en Gran Canaria (España) y en La Habana (Cuba), unidos e importados al SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 13 para Windows, y fueron procesados en el Centro de Estudios de Informática de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Para facilitar la interpretación del procesamiento estadístico, con el objetivo de operacionalizarlo de forma práctica para dar salida a los objetivos, el mismo se dividió en las siguientes 7 partes:

1. Análisis de datos generales de los dolientes. Comparación de ambas poblaciones.
2. Resultados del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). Comparación en ambas poblaciones.

3. Resultados del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) en sus dos partes.
Comparación en ambas poblaciones.
4. Detección de grupos (clusters) de dolientes. Composición de los clusters respecto a datos generales y relación de los mismos con los resultados del CRDC y el ITRD.
5. Resultados del CRDC a los 14 meses de la pérdida. Comparación entre ambas poblaciones.
6. Resultados del ITRD en sus dos partes, a los 14 meses de la pérdida. Comparación entre ambas poblaciones.
7. Relación entre los grupos de dolientes detectados en la fase de duelo temprano con los resultados del CDRC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida.

Como se puede apreciar, en las tres primeras partes se emprende un análisis comparativo (vertical o de muestras independientes) entre ambas poblaciones “en un momento inicial”, durante la etapa de duelo temprano. Este procesamiento es el preludeo de un análisis más integral, que contempla la comparación entre poblaciones, también vertical después de la segunda aplicación, y además incluyendo en cada población la comparación evolutiva antes-después en las partes 5, 6 y 7 de este procesamiento (Grau R, Correa & Rojas, 2004).

En general, en las tres primeras partes del trabajo se utilizan técnicas estadísticas clásicas de análisis univariado en dependencia del nivel de medición de las variables (Grau R, 1994).

Particularmente, cuando se desea contrastar una variable nominal entre los dos poblaciones se utilizan tablas de contingencia y el test de Fisher como alternativa exacta del Chi-cuadrado; si la variable tiene un nivel de medición ordinal, se visualiza la tabla de contingencia, pero como test estadístico se usa la prueba de Mann-Whitney. En todos estos casos y en el resto del trabajo, cuando las significaciones no pueden calcularse exactamente,

se utiliza la técnica de Monte Carlo para 10000 muestras aleatorias con distribución similar a los datos reales observados y la significación se estima como media de estas 10000 comparaciones, con un intervalo de confianza del 99 %, lo que incrementa la confiabilidad de los resultados.

Además, en estas tres primeras partes se utilizan técnicas de estadística multivariada, concretamente árboles de CHAID, Decision Trees Learning to Classify with Branching Test (DTLCCBT, 2008; SPCC, 2004) para intentar la identificación de las poblaciones de los dolientes por sus datos en general, de carácter epidemiológico, antecedentes patológicos familiares o personales, o de su respuesta al CRDC o al ITRD. En el análisis de los resultados del ITRD se usa también el test de Wilcoxon entre las medianas de las puntuaciones antes-después (comportamiento pasado vs. sentimiento actual) formando un esquema de comparación de poblaciones como muestras independientes (Grau R, 1994).

En la cuarta parte del trabajo se utilizan otras técnicas de descubrimiento de conocimiento que permiten “formar y caracterizar” clusters o “grupos” de dolientes. Concretamente, se utiliza la técnica de clusterización en dos pasos (*Two Step Clustering*) para optimizar con criterios bayesianos el número de clusters a formar (Bacher, Wenzig & Vogler, 2004). El criterio de información bayesiano de Swartz (BIC) es un estadístico de coste/beneficio: el coste se mide por la complejidad del modelo, que crece con el número de clusters a formar; el beneficio se mide en términos de la verosimilitud de los datos, en el sentido de cuanto probables son los datos observados respecto al modelo. La técnica de Two Step Clustering ensaya sucesivamente la formación de 2, 3, 4,...clusters (en principio hasta 15) y determina el número óptimo de clusters a partir del cual no se produce una reducción de coste/beneficio.

Se observa, en consecuencia, la existencia de tres clusters bien diferenciados, se caracterizan sus perfiles, de acuerdo al ITRD y después se analiza la composición de los

mismos desde el punto de vista del país de cada población, los datos epidemiológicos, los antecedentes patológicos personales y su relación con los resultados del CRDC. La distinción de estas variables entre los tres clusters se ilustrará también con tablas de contingencia, pero como son más de 2 clusters, se utilizará como prueba estadística el análisis de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis en lugar del test de Mann-Whitney.

El análisis estadístico posterior, realizado con los datos a los 14 meses del deceso, compara los resultados de los instrumentos CDRC e ITRD entre los dolientes de los dos países, siempre utilizando técnicas no paramétricas porque el nivel de medida que se compara es siempre discreto y ordinal, como el test de Mann-Whitney, además de las tablas de contingencia. Pero además, se efectúan los análisis evolutivos antes-después que se realizan con técnicas no paramétricas de comparación de muestras apareadas, en particular el test de Mc Nemar para la variable que representa el riesgo dicotomizado y el de Wilcoxon para variables que representan un riesgo ordinal.

Finalmente, se brindan algunas ideas procedentes del análisis multivariado, argumentadas en árboles de decisión que pueden orientar en la conducta a seguir, por su relación con la clasificación original del doliente (según clusters), con pretensiones de orientar la optimización, o al menos, el mejoramiento de la evolución en las poblaciones de ambos países.

En general, en todas las partes del procesamiento, las comparaciones se consideran que resultan en diferencias “significativas” cuando la significación del test correspondiente resulta menor que 0.05. Si además, dicha significación es menor que 0.01, se considera “altamente significativa”.

Consideraciones Éticas

La investigación recibió el consentimiento para la realización de la misma por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, y cuenta con los

permisos adecuados, el proyecto se realizó desde la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), aprobado conjuntamente para los 2 países. En La Habana también se recibió apoyo de un proyecto de desarrollo de Cuidados Paliativos domiciliarios suscitado por la ONG "Medicuba Suiza", con supervisión de la Dirección Provincial de Salud de la Habana y del Ministerio de Salud Pública (ANEXO I).

Los datos primarios procesados en este estudio fueron utilizados sólo por el equipo de investigación que los registró en las entrevistas con los dolientes. Los resultados de la investigación han tenido en todo momento un manejo confidencial; se ha previsto que en ningún caso se aborde el nombre del paciente o los familiares en los registros. La incorporación de pacientes al estudio siguió un criterio de estricta voluntariedad (deben estar de acuerdo) después de leer y ofrecer el consentimiento informado por escrito (ANEXO II).

Se considera esta cuarta parte del trabajo especialmente importante desde el punto de vista ético, porque es capaz de vaticinar y ayudar en la toma de decisiones sobre cuando es recomendable llegar a aplicar el ITRD a un doliente, o incluso una intervención, si es predecible que pueda salir de su duelo con o sin ayuda externa (entendiendo por intervención acciones profesionales que sean foráneas a la familia).

La investigación no implicó afectaciones físicas ni psicológicas a los enfermos. La escasa intervención que pudo haberse efectuado con las entrevistas (no se puede decir en forma absoluta que hay registro de datos sin ninguna intervención) no fué iatrógena, no se hicieron intervenciones específicas o especiales y se puso especial cuidado y prudencia en no hacer preguntas ajenas al tema investigado. No hay experimentación de nuevos productos o con intervenciones especiales en seres humanos, salvo las establecidas en las medidas propias de seguimiento del duelo, convencionalmente aceptadas; en todo momento se veló por lo estipulado en la Declaración de Helsinki II (World Medical Association, 2013).



Resultados

Resultados

Tal como se describió en Métodos, el procesamiento estadístico y el análisis de resultados en función de los dos objetivos específicos de esta investigación, se dividió, para facilitar la interpretación, en 7 partes:

1. Análisis de los participantes en la investigación (datos generales de los dolientes).
Comparación de ambas poblaciones.
2. Resultados del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). Comparación en ambas poblaciones.
3. Resultados del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) en sus dos partes.
Comparación en ambas poblaciones.
4. Detección de grupos (clusters) de dolientes. Composición de los clusters respecto a datos generales y relación de los mismos con los resultados del CRDC y el ITRD.
5. Resultados del CRDC a los 14 meses de la pérdida. Comparación entre ambas poblaciones.
6. Resultados del ITRD en sus dos partes, a los 14 meses de la pérdida. Comparación entre ambas poblaciones.
7. Relación entre los grupos de dolientes detectados en la fase de duelo temprano con los resultados del CDRC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida.

Los resultados de la primera parte (paso previo de caracterización de las poblaciones) aparecen en las Tablas 2 a 10; los resultados de la segunda parte (que se relaciona con el primer objetivo específico) en las Tablas 11 a 13; los de la tercera (asociados al segundo objetivo específico) se reflejan en las Tablas 14 a 18, y los de la cuarta parte se muestran en las Tablas 21 a 28. Todos son procesamientos que se hicieron con los datos de la primera aplicación de los instrumentos (duelo temprano).

El procesamiento a los 14 meses se inicia en la Tabla 29, que ilustra cómo se conserva la muestra de las poblaciones de ambos países después de ese tiempo; los resultados de la quinta parte aparecen entonces en las Tablas 31 a 47. Los de la sexta parte se vacían en las Tablas 50 a 95 y los de la séptima parte en las Tablas 98 a 100. De manera similar, la quinta parte da salida al primer objetivo específico a los 14 meses, y la sexta y séptima se relacionan con el segundo objetivo específico.

A continuación se comentan los resultados, siguiendo cada una de las tablas en ese orden.

Participantes en la investigación (datos generales de los dolientes) y comparación de ambas poblaciones.

Aunque este paso no tributa directamente a un objetivo, es imprescindible para analizar los resultados en los diseños que comparan dos poblaciones y, especialmente, en los estudios de carácter transcultural. Los datos generales que se procesan son variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, nivel de escolaridad, si tiene o no ocupación actual, ocupación o profesión, personas con las cuales convive o si vive solo, cantidad de hijos, antecedentes patológicos personales, enfermedades crónicas diagnosticadas en los últimos 3 años y con tratamiento actualmente, antecedentes patológicos personales y familiares, presencia de enfermedades crónicas con tratamiento, experiencias de muertes traumáticas, problemas económicos serios, apoyo socio-familiar percibido).

En la Tabla 2 aparece la caracterización de las poblaciones de dolientes por países, *edad*, *género*, *nivel de escolaridad*, *ocupación laboral*, *convivencia* y *cantidad de hijos de los dolientes en ambas poblaciones*. Desde el punto de vista de la edad predominan las personas entre 66 y 75 años (36.4 % del total de 162), seguidas de las del grupo de 56 a 65 años (23.5 %), y las de más de 75 años (20.4 %). De 46 a 65 años hay sólo un 14.2 % y con edad menor que ésta, solo un 5.6 %. La distribución por edades es bastante similar en ambas poblaciones, no hay diferencias significativas.

En la misma tabla se muestra la distribución por sexos. En ambas poblaciones la mayoría de los dolientes son de género femenino (69.8 %). Esta mayoría es un poco más marcada en Canarias (74.4 %) que en La Habana (65 %); pero esta diferencia no llega a ser significativa ($p= 0.232$).

Tabla 2

Distribución por edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, convivencia y cantidad de hijos de los dolientes en ambas poblaciones.

		Grupo de Procedencia			Significación*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
EDAD DEL DOLIENTE					0.7444
Menor o igual a 45 años	Cantidad	4	5	9	IC=(0.733, 0.756)
	% de esa población	4.9 %	6.3 %	5,6%	
46-55 años	Cantidad	12	11	23	
	% de esa población	14.6 %	13.8 %	14,2%	
56-65 años	Cantidad	21	17	38	
	% de esa población	25.6 %	21.3 %	23,5%	
66-75 años	Cantidad	29	30	59	
	% de esa población	35.4 %	37.5 %	36,4%	
Más de 75 años	Cantidad	16	17	33	
	% de esa población	19.5 %	21.3 %	20,4%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
GÉNERO DEL DOLIENTE					Significac.** 0.232
Masculino	Cantidad	21	28	49	
	% de esa población	25.6 %	35.0 %	30,2%	
Femenino	Cantidad	61	52	113	
	% de esa población	74.4 %	65.0 %	69,8%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
ESTUDIOS COMPLETADOS					Significación* 0.000
Primarios	Cantidad	59 ^a	20	79	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	72.0 %	25.0 %	48,8%	
Secundarios	Cantidad	14	19	33	
	% de esa población	17.1 %	23.8 %	20,4	
Universitarios	Cantidad	9	41	50	
	% de esa población	11.0 %	51.3 %	30,9%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
TRABAJA ACTUALMENTE?					Significación* *
No	Cantidad	69	43	112	0.000
	% de esa población	84.1 %	53.8 %	69,1%	
Sí	Cantidad	13	37	50	
	% de esa población	15.9 %	46.3 %	30,9%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 2. Continuación
Distribución por edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, convivencia y cantidad de hijos de los dolientes en ambas poblaciones

		Grupo de Procedencia			Significación*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
CON QUIEN VIVE?					0.024
Sólo	Cantidad	38	22	60	IC=(0.020, 0.028)
	% de esa población	40.3 %	27.5 %	37.0%	
Con nueva pareja	Cantidad	0	3	3	
	% de esa población	0.0%	3-8 %	1.9%	
Con otros familiares	Cantidad	42	51	93	
	% de esa población	51.2 %	63.8 %	57.4%	
Con otras personas (no familiares)	Cantidad	2	4	6	
	% de esa población	2.4 %	5.0 %	3.7%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
CANTIDAD DE HIJOS					Significación* 0.000
Ninguno	Cantidad	3	10	13	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	3.7 %	12.5 %	8.0%	
Uno	Cantidad	12	32	44	
	% de esa población	14.6 %	40.0 %	27.2%	
Dos	Cantidad	23	21	44	
	% de esa población	28.0 %	26.3 %	27.2%	
Tres	Cantidad	26	12	38	
	% de esa población	31.7 %	15.0 %	23.5%	
Cuatro o más	Cantidad	18	5	23	
	% de esa población	22.0 %	6.3 %	14.2%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

**Sig. del test exacto de Fisher.

La tabla 2 compara también las poblaciones de ambos países con relación al *nivel de escolaridad alcanzado* y la *ocupación actual*. Obsérvese que hay diferencias altamente significativas entre los dolientes de los dos países desde el punto de vista de los estudios completados ($p= 0.000$). En Gran Canaria predominan los casos con solo estudios primarios, incluyendo un caso de primaria sin terminar. En la población de La Habana predominan los casos de dolientes con estudios universitarios (51.3 %) o al menos secundarios (23.8 %). También hay diferencias altamente significativas entre las muestras de ambas poblaciones desde el punto de vista de la condición de si trabaja o no actualmente. En ambas predominan en su conjunto los dolientes que no trabajan actualmente (69.1 %), pero en Gran Canaria este porcentaje asciende al 84.1% y en La Habana se reduce al 53.8 % ($p= 0.000$). Hay que añadir

que en el grupo de Gran Canaria predominan en forma mucho mayor que en el de La Habana, las dolientes que son amas de casa, mientras que en los cubanos hay más casos con un oficio cualificado, así como de profesionales y maestros.

Cuando se comparan las dos poblaciones desde el punto de vista de la *convivencia* y la *cantidad de hijos del doliente*, en general predominan los casos de convivencia con otros familiares (57.4 %), pero este predominio asciende en el grupo de cubanos (63.8 %) y desciende en el de Gran Canaria (51.2 %). Por otra parte, hay en total un 37 % de dolientes que viven solos y este porcentaje es mayor en Gran Canaria (46.3 %) que en La Habana (27.5 %). El test exacto de Fisher considera estas diferencias significativas ($p= 0.024$).

La cantidad de hijos de los dolientes, llega a diferenciarse de forma altamente significativa entre ambas poblaciones: como tendencia central predominan los dolientes con dos hijos; pero en Gran Canaria predominan quienes tienen dos o más hijos, mientras que en los cubanos son mayoritarios los que tienen dos o menos. El test de Mann-Whitney fue significativo.

En la Tabla 3 se ilustran los *Antecedentes Patológicos Personales (APP)* en dolientes de ambos grupos. Se marcan en negrita, aquellos porcentajes que son marcadamente superiores en un grupo poblacional que en el otro. Concretamente, los antecedentes referidos a catarras, infecciones respiratorias, asma, dolores óseos y dolores de cabeza, son mucho más frecuentes en los dolientes cubanos. Los antecedentes de calambres o contracturas y problemas nerviosos aparecen con similar frecuencia en ambos países. En los restantes antecedentes (infecciones de la piel, diarreas e infecciones urinarias) puede haber mayores magnitudes en el grupo de dolientes cubanos, pero sin diferenciarse demasiado de los canarios. Debe observarse que algunos antecedentes patológicos personales que no fueron preguntados explícitamente, y que son registrados en la ficha clínica, aparecen con más frecuencia en los dolientes de Gran Canaria; como dato interesante puede señalarse que 48 dolientes canarios (58.5 %) y 69 (86.3 %) cubanos no manifestaron otros antecedentes.

Tabla 3

Antecedentes patológicos personales en dolientes de ambas poblaciones y enfermedades crónicas diagnosticadas en los últimos 3 años y con tratamiento actual, en ambos grupos de dolientes.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES EN DOLIENTES	Grupo de procedencia				TOTAL	
	G. Canaria		La Habana		N	%
	N	%	N	%	N	%
Catarros	20	24.4	51	63.8	71	43.8
Infecciones de la piel	5	6.1	4	5.0	9	5.6
Diarreas	5	6.1	10	12.5	15	9.3
Calambres o contracturas	18	22.0	16	20.0	34	21.0
Infecciones respiratorias	6	7.3	20	25.0	26	16.0
Asma	2	2.4	21	26.3	23	14.2
Dolores óseos	26	31.7	42	52.5	68	42.0
Infecciones urinarias	5	6.1	12	15.0	17	10.5
Dolores de cabeza	8	9.8	31	38.8	39	24.1
Problemas nerviosos	13	15.9	11	13.8	24	14.8
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS	Frecuencia en Gran Canaria		% del total		Frecuencia en La Habana % del total	
Arritmia	1		2.9		--	--
Artritis	--		--		1	3.1
Artrosis	3		8.8		1	3.1
Cardiopatía	1		2.9		--	--
Depresión	1		2.9		1	3.1
Diabetes	6		17.6		1	3.1
Diabetes, artrosis	--		--		1	3.1
Diabetes, cardiopatía, hipertensión	1		2.9		--	--
Diabetes, colesterol, hipertiroidismo	1		2.9		--	--
Enfermedad neurológica	1		2.9		--	--
Enfermedad neurovegetativa	1		2.9		--	--
Fibromialgia	1		2.9		--	--
Hernia discal	1		2.9		--	--
Hernia hiatal	1		2.9		--	--
Hernia hiatal, hipertensión, artrosis	--		--		1	3.1
Hipotiroidismo	1		2.9		--	--
Hipertensión	7		20.6		21	65.6
Hipertensión, artritis	--		--		1	3.1
Hipertensión, enfermedad coronaria	--		--		1	3.1
Hipertensión, diabetes	--		--		2	6.3
Hipertensión, diabetes, colitis ulcerativa	1		2.9		--	--
Hipertensión, osteoporosis	1		2.9		--	--
Osteoporosis	1		2.9		--	--
Pinzamiento lumbar, lumbalgia	1		2.9		--	--
Problemas cervicales, diabetes, hipertensión	1		2.9		--	--
Problemas circulatorios en piernas	2		5.9		--	--
Psoriasis, diabetes	--		--		1	3.1
TOTAL ENFERMEDADES CRÓNICAS	34		100.0		32	100.0

Se observa también en la la Tabla 3 los resultados de la pregunta abierta sobre las *enfermedades crónicas diagnosticadas en los últimos 3 años y con tratamiento actualmente*. Aunque el total de enfermedades crónicas referidas en ambos grupos no difiere, aparentemente muchos de ellos aparecen más frecuentemente (y a veces únicamente) en Gran Canaria y otros, como la hipertensión arterial (HTA), sola o combinada, aparece más frecuentemente en dolientes cubanos. En total, 48 dolientes canarios (58,5 %) y 48 cubanos (60 %) no manifestaron enfermedades crónicas en los últimos 3 años. Vale advertir que estas preguntas abiertas pueden ser más o menos ampliamente respondidas no sólo por el perfil epidemiológico de cada lugar, sino de acuerdo a la idiosincrasia de cada grupo.

A manera de resumen parcial de lo analizado hasta el momento, en la Figura 1 se muestra un árbol de decisión (árbol CHAID) que intenta identificar el país de los dolientes por un *análisis multivariado de los datos generales epidemiológicos y los antecedentes patológicos personales (APP)* de los mismos, así como sus posibles interacciones.

El árbol se desglosa en primer lugar por el nivel de los estudios completados, separando estudios primarios, secundarios y universitarios. Dentro de los dolientes con estudios primarios distingue los que trabajan o no actualmente y dentro de estos últimos, los que tienen dos o más hijos. En el nodo de dolientes con estudios secundarios, el árbol se desglosa por la presencia o no de antecedentes patológicos personales de catarrros. En el nodo de dolientes con estudios universitarios, el árbol se subdivide en dependencia de los antecedentes referidos a dolores óseos. En definitiva, este árbol tiene 7 nodos terminales que se diferencian por la proporción de dolientes de cada país; descritos de izquierda a derecha son los siguientes:

- Nodo 10. Dolientes con estudios solo primarios, que no trabajan actualmente, con 1 hijo o ninguno: 15 casos. Proporción muy similar entre países: 8 casos de Gran Canaria y 7 de La Habana.

- Nodo 11. Dolientes con estudios solo primarios, que no trabajan actualmente, pero tienen 2 o más hijos: 51 casos. Predomina significativamente el número de casos de Gran Canaria (90.2 %) sobre los de Cuba (9.8 %).
- Nodo 5. Dolientes con estudios solo primarios, que sí trabajan actualmente: 13 casos. Predomina significativamente el número de dolientes cubanos (61.5 %) frente a los de Gran Canaria (38.5 %).

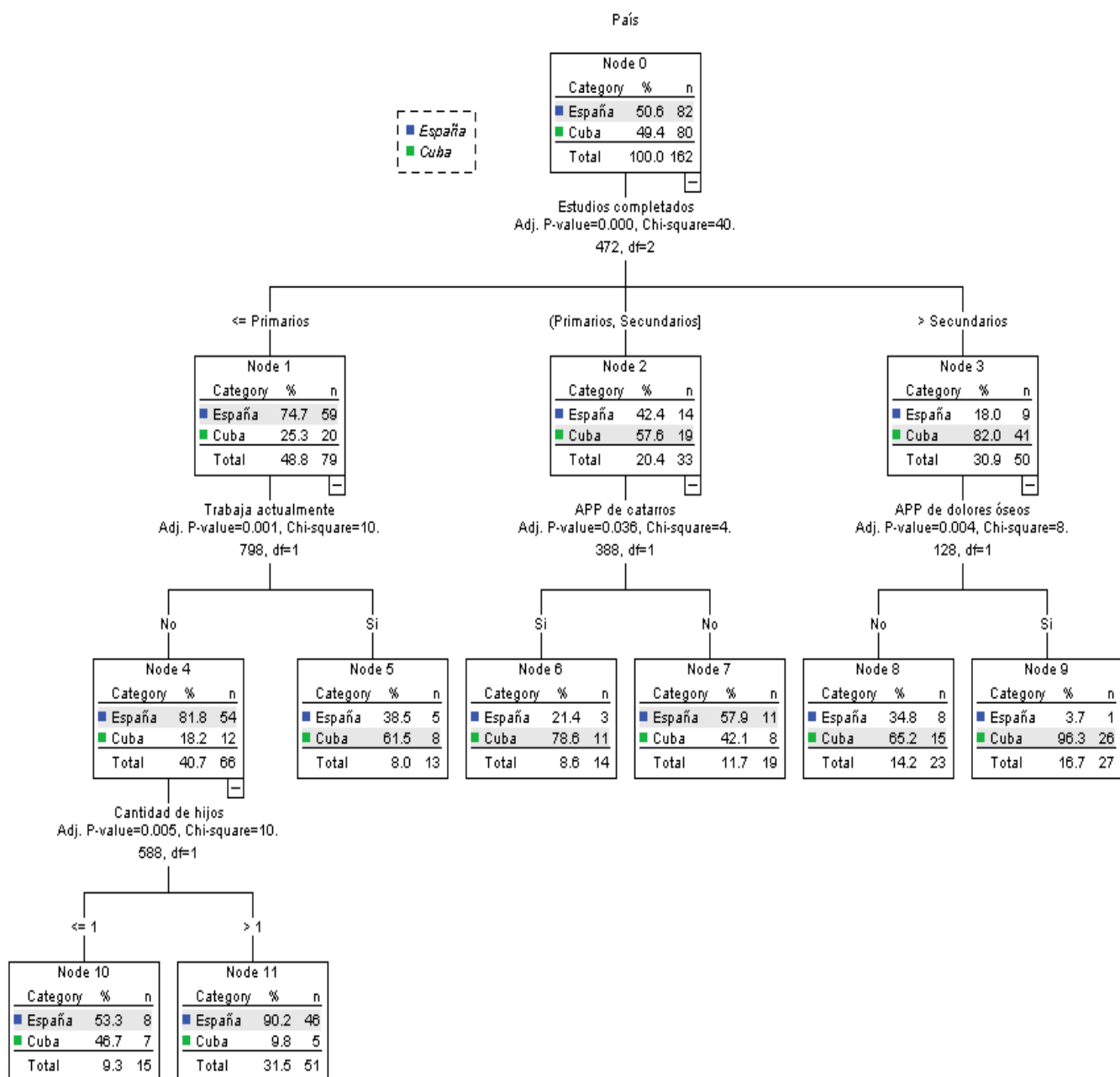


Figura 1
Distinción multivariada de los dolientes canarios y cubanos a partir de datos generales epidemiológicos y de antecedentes patológicos personales.

- Nodo 6. Dolientes con estudios secundarios y APP de catarros: 14 casos. Predomina significativamente el número de casos cubanos (78.6 %) sobre los canarios (21.4 %)
- Nodo 7. Dolientes con estudios secundarios y sin APP de catarros: 19 casos. Predomina ligeramente el número de casos canarios (57.9 %) frente a los cubanos (42.1 %).
- Nodo 8. Dolientes con estudios universitarios y sin APP de dolores óseos: 23 casos. Predomina el número de casos de Cuba (65.2 %) sobre los canarios (34.8 %).
- Nodo 9. Dolientes con estudios universitarios y con APP de dolores óseos: 23 casos. Predomina significativamente el número de dolientes cubanos (96.3 %) frente a los canarios (3.7 %)

Como vemos en la tabla 4 cuando se aplican las reglas que permiten el desglose del árbol CHAID, en su conjunto y sucesivamente, las mismas son capaces de reconocer efectivamente 125 de los 162 casos de la muestra, lo que representa un 77.2 % de buena clasificación. En particular, de los 82 dolientes canarios, 65 fueron reconocidos como tales para un 79.3 % y de los cubanos, 60 fueron identificados adecuadamente, para un 75 %. Dichos porcentajes de buena clasificación son satisfactorios y demuestran que las variables que intervienen en este árbol con sus interacciones, son justamente las que más distinguen los dos grupos de dolientes, considerando las variables sociodemográficas y de antecedentes patológicos personales.

Tabla 4
Clasificación de las muestras según su diferenciación por variables sociodemográficas y APP.

Reales observados	Reconocimiento de la población del doliente por el árbol con APP		
	Gran Canaria	La Habana	Porcentaje correcto
Gran Canaria	65	17	79.3 %
La Habana	20	60	75.5 %
Porcentaje total	52.5 %	47.5 %	77.2 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: País de procedencia de los dolientes

En la Tabla 5 se resume el análisis de los *antecedentes patológicos familiares (APF)* por grupos de dolientes (en abuelos, padres y hermanos). Como antes, se marcan en negrita aquellos casos donde hay un predominio mayor de cierto antecedente en uno de los grupos. En los abuelos, se detectan más antecedentes patológicos familiares en Gran Canaria relacionados con diabetes y cáncer, mientras que en La Habana se detectan más antecedentes patológicos familiares de padres con HTA y asma. Los casos de padres con cardiopatías, son similares en frecuencia en ambos grupos. Otros antecedentes de este nivel de consanguinidad (enfermedad renal, o hepática o neurológica) son solo referidos por dolientes cubanos, o ligeramente más frecuentes en Gran Canaria que en La Habana, pero con poca diferencia. En los padres, se detectan más antecedentes en Gran Canaria relacionados con cardiopatías y cáncer, mientras que en cubanos más de HTA y asma. Los casos de padres con diabetes, presentan frecuencia similar en ambos grupos. Otros antecedentes de este nivel de consanguinidad (enfermedad renal, hepática o neurológica) son ligeramente más frecuentes en canarios que en cubanos, pero con poca diferencia. En los hermanos, se observan también más antecedentes en canarios relacionados con cardiopatías y cáncer, mientras que en cubanos más de asma. Los casos de hermanos con HTA y diabetes, tienen frecuencia similar. Los antecedentes de enfermedad renal crónica son solo referidos en Cuba y los otros antecedentes de este nivel de consanguinidad (enfermedad hepática o neurológica) son ligeramente más frecuentes en canarios que en cubanos, pero con poca diferencia de acuerdo al número de casos.

Los antecedentes familiares referidos por los dolientes, que no estaban enlistados en la ficha de datos no se procesan porque cualquier análisis puede estar sesgado, tanto por el recuerdo del doliente, como por la propia idiosincrasia relacionada con su expresión espontánea. A nivel descriptivo, hay que señalar que estos otros antecedentes aparecían con baja frecuencia: no manifestaron ningún antecedente el 87.8 % de los canarios y el 83.8 % de

los cubanos, y, además, eran bastante diferentes, los cubanos anotaban particularmente asma y cáncer.

Tabla 5

Antecedentes patológicos familiares (abuelos, padres y hermanos) en ambos grupos de dolientes.

Enfermedades	Abuelos					
	Gran Canaria		La Habana		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cardiopatías	10	12	9	11	19	12
HTA	3	3.7	12	15	15	9.3
Diabetes	7	8.5	4	5.0	11	6.8
Asma	2	2.4	9	11	11	6.8
Cáncer	10	12	7	8.8	17	10
Enfermedad renal crónica	-	-	2	2.5	2	1.2
Enfermedad hepática crónica	-	-	1	1.3	1	0.6
Enfermedad neurológica crónica	6	7.3	2	2.5	8	4.9
Enfermedades	Padres					
	Gran Canaria		La Habana		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cardiopatías	28	34.1	15	18.8	43	26.5
HTA	14	17.1	32	40.0	46	28.4
Diabetes	12	14.6	10	12.5	22	13.6
Asma	3	3.7	15	18.8	18	11.1
Cáncer	26	31.7	7	8.8	33	20.4
Enfermedad renal crónica	6	7.3	4	5.0	10	6.2
Enfermedad hepática crónica	5	6.1	2	2.5	7	4.3
Enfermedad neurológica crónica	9	11.0	2	2.5	11	6.8
Enfermedades	Hermanos					
	Gran Canaria		La Habana		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cardiopatías	10	12.2	3	3.8	13	8.0
HTA	5	6.1	6	7.5	11	6.8
Diabetes	6	7.3	8	10.0	14	8.6
Asma	4	4.9	15	18.8	19	11.7
Cáncer	13	15.9	7	8.8	20	12.3
Enfermedad renal crónica	-	-	5	6.3	5	3.1
Enfermedad hepática crónica	4	4.9	3	3.8	7	4.3
Enfermedad neurológica crónica	5	6.1	1	1.3	6	3.7

No obstante, aun cuando sea con fines descriptivos, en la Figura 2 se muestra un árbol de decisión que intenta *distinguir de forma multivariada los dolientes canarios y cubanos, a partir de los antecedentes patológicos familiares* y se revelan algunos aspectos interesantes que pueden ser motivo de profundización futura. Entre los antecedentes familiares que más distinguen a los dos grupos está la presencia de cáncer en los padres, lo cual pudiera tener alguna influencia en relación a las experiencias anteriores de manejo de estos enfermos y el

duelo por la muerte del cónyuge, el 78.8 % de los casos positivos son de Gran Canaria. Entre los casos negativos, se distinguen los antecedentes de HTA en los padres: la mayoría de los casos positivos se da en dolientes cubanos (76.2 %). Los dolientes que no tienen padres con cáncer ni con HTA, se distinguen por antecedentes de padres con asma, la mayoría de casos positivos es en dolientes cubanos (92.3 %). Finalmente, en los casos sin padres con cáncer, ni HTA, ni asma, los dolientes más frecuentes son canarios, pero se distinguen significativamente por su proporción, aquellos que tienen antecedentes de hermanos con cardiopatías (que alcanza el 90 %) frente a los que no tienen este antecedente, donde la mayoría canaria es del 56.2 %. El conjunto de estas reglas (Tabla 6), es capaz de identificar el país del doliente en 71 % de los casos, pero es considerable, si se tiene en cuenta las características de la captación de las variables que lo conforman; en particular es destacable que fue capaz de identificar los dolientes canarios en 86.8 %, no así a los cubanos, con los cuales, tal vez, debe insistirse más en el carácter fidedigno de este tipo de información recogida sobre Antecedentes Patológicos Familiares.

En la Tabla 7 se resumen resultados sobre la *existencia de muertes traumáticas en familiares o amigos (aparte del cónyuge)*. Se muestra que la mayoría de los dolientes de ambos países (69.8%) no refieren tales afectaciones. Los que la refieren, son ligeramente más frecuentes en Gran Canaria (35.4 %) que en La Habana (25 %), pero esta diferencia no resulta significativa ($p= 0.173$). Tampoco resulta significativa la diferencia entre los dolientes de ambos países sobre la cantidad de muertes traumáticas o inesperadas (tabla 8, $p= 0.189$). La tabla 9 describe este tipo de muertes. Son particularmente frecuentes en ambos dolientes las muertes por accidente de hijos, hermanos, sobrinos o amigos. En canarios se observan más casos de infarto de abuelos, padres, hermanos o sobrinos y resulta interesante que en cubanos, existen más casos de suicidio, también de padres, hermanos, primos, o amigos.

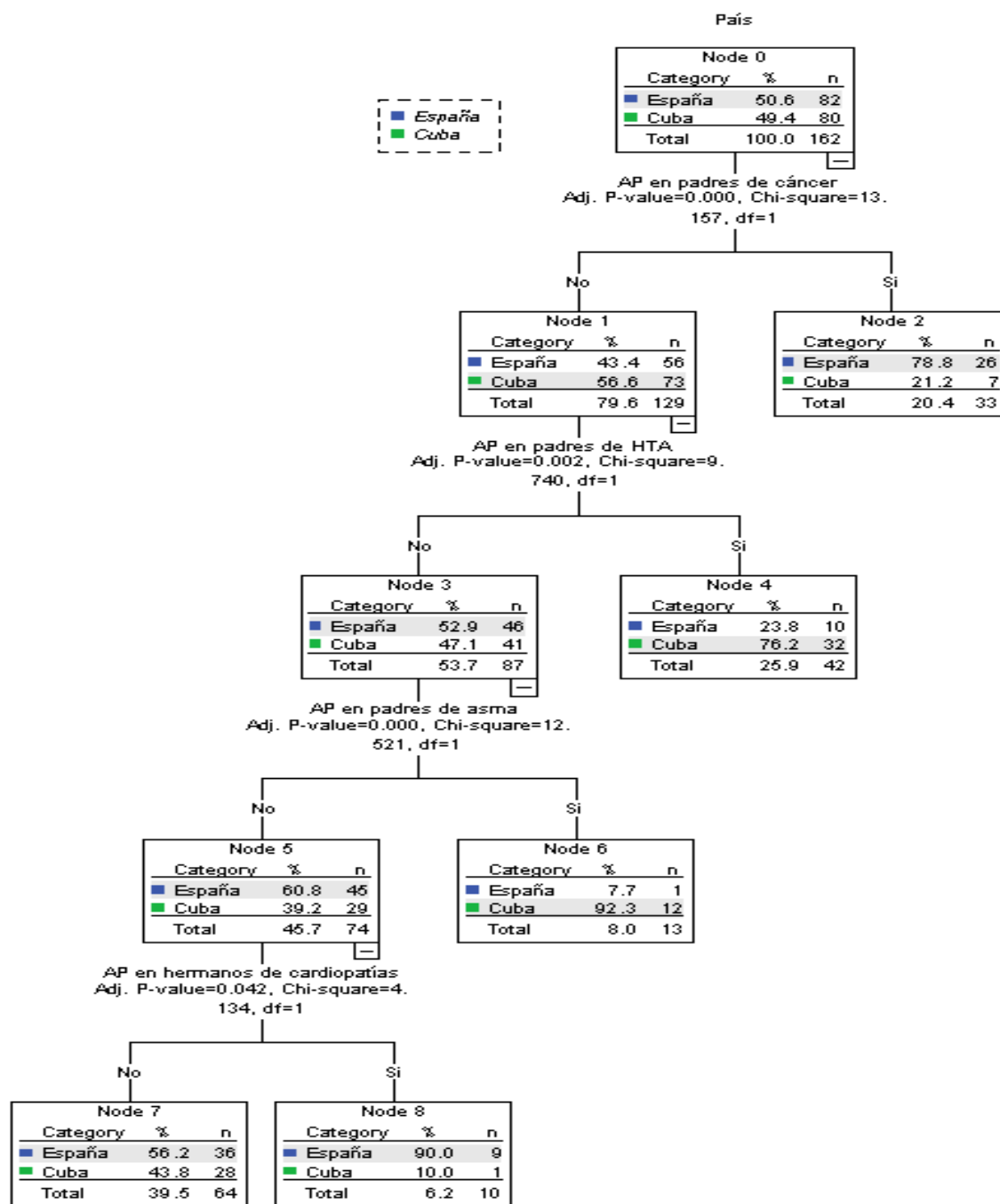


Figura 2
Distribución multivariada de dolientes canarios y cubanos a partir de los antecedentes patológicos familiares (APF).

Tabla 6

Clasificación de las muestras según su diferenciación por APF.

Reales observados	Reconocimiento de la población del doliente por el árbol con APF		
	Gran Canaria	La Habana	Porcentaje correcto
Gran Canaria	71	11	86.6 %
La Habana	36	44	55.0 %
Porcentaje total	66.0 %	34.0 %	71.0 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: País de procedencia de los dolientes

Tabla 7

Existencia de muertes traumáticas o inesperadas en otros familiares o amigos.

EXISTEN MUERTES TRAUMÁTICAS		Grupo de procedencia		TOTAL	Significación
EN FAMILIA O AMIGOS		G. Canaria	La Habana		
Sí	Cantidad	29	20	49	0.173
	%	35.4 %	25.0 %	30.2%	
No	Cantidad	53	60	113	
	%	64.6 %	75.0 %	69.8%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	%	100.0 %	100.0 %	100.0%	

Significación del test exacto de Fisher.

Tabla 8

Cantidad de muertes traumáticas en familia o amigos.

	Frecuencia en España	% del total de la muestra	Frecuencia en Cuba	% del total de la muestra	Significación
0	53	64.6	60	75.0	0.189
1	22	26.8	14	17.5	
2	7	8.5	5	6.3	IC=(0.179, 0.19)
3	-	-	1	1.3	
Total	82	100.0	80	100.0	

Significación de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 9
Tipo de muerte y parentesco con el doliente.

	Frecuencia en España	% del total de otras muertes	Frecuencia en Cuba	% del total de otras muertes
Accidentes (hijos, hermanos, sobrinos o amigos)	8	27.6	6	30.0
Infarto (abuelos, padres, hermano, sobrino)	6	20.7	1	5.0
Suicidio (padres, hermanos, primos o amigos)	2	6.9	5	25.0
Muerte súbita (padres, hijos, sobrinos o amigos)	2	6.9	2	10.0
Muerte temprana (hijos)	3	10.3	-	-
Paro cardíaco (padres, hermanos, sobrino)	2	7	-	-
Cáncer (hijos o amigos)	-	-	2	10.0
Leucemia (padres)	1	3.4	-	-
Neumonía (hermanos)	1	3.4	-	-
Muerte viulenta (intimo amigo)	1	3.4	-	-
Asma, HTA (hermanos, padres)	.	-	1	5.0
Cardiopatía (padres)	1	3.4	-	-
Muerte durante el parto (amiga)	.	-	1	5.0
Derrame cerebral (tía)	-	-	1	5.0
HTA y cardiopatías (hermanos y madre)	.	-	1	5.0
Hemorragia nociva (hermano)	1	3.4	-	-
Enfermedad neurológica (padre)	1	3.4	-	-
TOTAL OTRAS MUERTES	29	100.0	20	100.0

* 53 dolientes canarios (64.6 %) y 60 cubanos (75 %) no refirieron muertes traumáticas.

Para finalizar esta primera parte del análisis, en la Tabla 10 se muestran los posibles *problemas económicos de los dolientes* y el *apoyo socio-familiar recibido*. Aparecen en general, pocos casos con problemas económicos serios (13 %), ligeramente más frecuentes en Gran Canaria (17.1 %) que los referidos en La Habana (8.8 %), pero la diferencia no es significativa, mucho menos si se atiende a la posible diferencia en la apreciación de qué es un problema económico “serio”. Desde el punto de vista del apoyo socio-familiar percibido, aparecen diferencias significativas en la apreciación de ambos grupos de dolientes. Los dolientes canarios declaran un apoyo regular en 12.2 % y un gran apoyo en 84.1 %. Los dolientes cubanos declaran un apoyo regular en una mayor proporción (25 %) y un apoyo intenso en 68.8 %.

Tabla 10

Problemas económicos de los dolientes y apoyo socio-familiar percibido.

PROBLEMAS ECONÓMICOS SERIOS		Grupo de procedencia		TOTAL	Significación*
		G. Canaria	La Habana		
Sí	Cantidad	14	7	21	0.160
	%	17.1 %	8.8 %	13.0%	
No	Cantidad	68	73	141	
	%	82.9 %	91.3 %	87.0%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	%	100.0 %	100.0 %	100.0%	
APOYOSOCIO-FAMILIAR PERCIBIDO					Significación**
Poco	Cantidad	3	5	8	0.026
	%	3.7 %	6.3 %	4.9%	
Regular	Cantidad	10	20	30	IC=(0.022, 0.030)
	%	12.2 %	25.0 %	18.5%	
Mucho	Cantidad	69	55	124	
	%	84.1 %	68.8 %	76.5%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	%	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. del test exacto de Fischer.

**Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Resultados del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) en la etapa de duelo temprano. Comparación en ambas poblaciones.

Esta segunda parte del análisis dá respuesta en parte al objetivo número 1 (evaluar el nivel de riesgo para un duelo complicado en cónyuges en Gran Canaria y un municipio de La Habana en la etapa de duelo temprano, a los 3 meses del fallecimiento) y también, en parte, al objetivo número 2 (establecer las semejanzas y las diferencias en algunas características del duelo entre los grupos de cónyuges estudiados en etapa de duelo temprano, a partir del análisis de los componentes del CRDC). En toda esta segunda parte del procesamiento y análisis se trabajó con un total de 160 dolientes (80 de Gran Canaria y 80 de La Habana), pues dos de los canarios, como ya se explicó en Método, no completaron el CRDC.

Antes de evaluar el riesgo que emana de la calificación total del instrumento, se hace un análisis de los ítems del CRDC.

En la Tabla 11 se comparan los dos grupos poblaciones en base a las respuestas a los 8 ítems del CRDC. Sobre la *cantidad de hijos menores de 14 años convivientes con el viudo o la viuda*, no hay diferencias significativas entre La Habana y Gran Canaria, en todo caso, algo mayor en los cubanos. La *clase social/ocupacional de la persona que más ingresos aporta*, sí se diferencia de forma altamente significativa entre los dos grupos de dolientes: en La Habana predominan los profesionales, mientras que en Gran Canaria lo más frecuente son los obreros cualificados, lo cual se corresponde con lo que se había analizado en las variables sociodemográficas. Por último el *empleo previsto del doliente fuera del hogar*, también se diferencia de forma altamente significativa entre los dos grupos. En ambos, hay una proporción bastante similar de jubilados, pero en Gran Canaria hay más casos que solamente trabajan en casa y en La Habana hay más casos de dolientes que prevén un trabajo a tiempo completo. Como el carácter ordinal o nominal de esta variable es discutible, se refieren las

significaciones tanto del test de Mann-Whitney como el de Fisher, pero en cualquier caso, los intervalos de confianza están francamente a la izquierda de 0.01.

En consecuencia, estas tres variables de convivencia y económicas que indican riesgo de duelo complicado se diferencian en ambos grupos.

Tabla 11
Comparación entre poblaciones de los 8 ítems del CRDC en duelo temprano.

CANTIDAD DE HIJOS MENORES DE 14 AÑOS EN CASA (Item1)		Grupo de procedencia		TOTAL	Significación*
		G. Canaria	La Habana		0.047
Ninguno	Cantidad	76	68	144	IC=(0.042, 0.053)
	% de esa población	95.0 %	85.0 %	90.0%	
Uno	Cantidad	3	9	12	
	% de esa población	3.8 %	11.3 %	7,5%	
Dos	Cantidad	1	3	4	
	% de esa población	1.3 %	3.8 %	2.5%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
CLASE OCUPACIONAL DE QUIEN MAS INGRESOS APORTA (Item 2)					Significación*
					0.000
Profesional (carrera superior)	Cantidad	7	44	51	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	8.8 %	55.0 %	31.9%	
Técnico medio (carrera media)	Cantidad	10	14	24	
	% de esa población	12.5 %	17.5 %	15.0%	
Oficinista o personal administrativo	Cantidad	8	1	9	
	% de esa población	10.0 %	1.3 %	5.6%	
Obrero cualificado (tener oficio)	Cantidad	41	16	27	
	% de esa población	51.3 %	20.0 %	35.6%	
Obrero semicualificado (peón especializado)	Cantidad	7	2	9	
	% de esa población	8.8 %	2.5 %	5.6%	
Obrero no cualificado (peón o ayudante)	Cantidad	7	3	10	
	% de esa población	8.8 %	3.8 %	6.3%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
EMPLEO PREVISTO DEL DOLIENTE FUERA DEL HOGAR (Item 3)					Significación*
					0.000
A tiempo completo	Cantidad	12	20	32	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	15.0 %	25.0 %	20.0%	
A tiempo parcial	Cantidad	2	15	17	
	% de esa población	2.5 %	18.8 %	10.6%	
Jubilado(a)	Cantidad	28	28	56	
	% de esa población	35.0 %	35.0 %	35.0%	
Solamente trabaja en casa	Cantidad	33	15	48	
	% de esa población	41.3 %	18.8 %	30.0%	
Parado(a) de licencia prolongada	Cantidad	5	2	7	
	% de esa población	6.3 %	2.5 %	4.4%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 11 Continuación
 Comparación entre poblaciones de los 8 ítems del CRDC en duelo temprano.

AFERRAMIENTO A LA PAREJA FALLECIDA (Item 4)		Grupo de procedencia			Significación* 0.151
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Nunca	Cantidad	24	15	39	IC=(0.142, 0.160)
	% de esa población	30.0 %	18.8 %	24.4%	
Raramente	Cantidad	21	26	47	
	% de esa población	26.3 %	32.5 %	29.4%	
Moderadamente	Cantidad	26	24	50	
	% de esa población	32.5 %	30.0 %	31.3%	
Frecuentemente	Cantidad	5	10	15	
	% de esa población	6.3 %	12.5 %	9,4%	
Constantemente	Cantidad	4	1	5	
	% de esa población	5.0 %	1.3 %	3.1%	
Constante e Intensamente	Cantidad	0	4	4	
	% de esa población	0.0 %	5.0 %	2.5%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
EXISTE ENFADO? (Item 5)					Significación* 0.108
No (o lo normal)	Cantidad	51	60	111	IC=(0.100, 0.116)
	% de esa población	63.8 %	75.0 %	69.4%	
Leve irritabilidad	Cantidad	18	14	32	
	% de esa población	22.5 %	17.5 %	20.0%	
Moderada irritabilidad: arrebatos ocasionales	Cantidad	9	6	15	
	% de esa población	11.3 %	7.5 %	9.4%	
Severa: ha echado a perder sus relaciones	Cantidad	1	0	1	
	% de esa población	1.3 %	0.0 %	0.6%	
Extrema: siempre amargado(a)	Cantidad	1	0	1	
	% de esa población	1.3 %	0.0 %	0.6%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
CULPAS/AUTORREPROCHES (Item 6)					Significación* 0.842
No	Cantidad	63	65	128	IC=(0.833, 0.851)
	% de esa población	78.8 %	81.3 %	80.0%	
Leves: vagos y generales	Cantidad	14	9	23	
	% de esa población	17.5 %	11.3 %	14.4%	
Moderados: algún autorreproche claro	Cantidad	3	5	8	
	% de esa población	3.8 %	6.3 %	5.0%	
Severos: obsesionado(a) con sus culpas	Cantidad	0	1	1	
	% de esa población	0.0 %	1.3 %	0.6%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 11 Continuación
Comparación entre poblaciones de los 8 ítems del CRDC en duelo temprano.

RELACIONES ACTUALES (Item 7)		Grupo de procedencia			Significación* 0.081
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Relación muy estrecha con otra persona	Cantidad	4	5	9	IC=(0.074, 0.088)
	% de esa población	5.0 %	6.3 %	5.6%	
Afecto de otra persona que le apoya y expresa	Cantidad	61	48	109	IC=(0.074, 0.088)
	% de esa población	70.3 %	60.0 %	68.1%	
Afecto de familia, pero vive a distancia	Cantidad	10	18	28	IC=(0.074, 0.088)
	% de esa población	12.5 %	22.5 %	17.5%	
Dudosas	Cantidad	1	5	6	IC=(0.074, 0.088)
	% de esa población	1.3 %	6.3 %	3.8%	
Ninguna de las anteriores	Cantidad	4	4	8	IC=(0.074, 0.088)
	% de esa población	5.0 %	5.0 %	5.0%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	IC=(0.074, 0.088)
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
COMO PIENSA QUE SE LAS ARREGLARA (Item 8)					Significación* 0.864
Bien: duelo normal y recuperación sin ayuda especial	Cantidad	50	49	99	IC=(0.855, 0.872)
	% de esa población	62.5 %	61.3 %	61.9%	
Regular; pero probablemente se las arregle sin ayuda especial	Cantidad	24	24	48	IC=(0.855, 0.872)
	% de esa población	30.0 %	30.0 %	30.0%	
Tiene dudas: puede que necesite ayuda especial	Cantidad	4	6	10	IC=(0.855, 0.872)
	% de esa población	5.0 %	7.5 %	6.3%	
Malamente: requiere ayuda Especial	Cantidad	2	1	3	IC=(0.855, 0.872)
	% de esa población	2.5 %	1.3 %	1.9%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	IC=(0.855, 0.872)
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

** Hubo 2 casos de la muestra de canarios a quienes no se les administró el instrumento.

En la Tabla 11 se comparan también las respuestas a tres aspectos del CRDC, más relacionados con aspectos psicosociales, como son los ítems referidos a el *aferramiento a la pareja*, donde no existen diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0.151$). En general, predominan los casos de aferramiento con frecuencia identificada como “moderadamente” (31.3 %), y “raramente” (29.4 %), incluso una cuarta parte de los dolientes responden que “nunca” (24.4 %). Apenas el 15 % de los dolientes manifiestan tempranamente un aferramiento frecuente y constante, consumiéndose al pensar si la persona fallecida volviera. Sobre la existencia de *enfado*, tampoco hay diferencias significativas ($p=$

0.108). Predominan los casos donde no hay enfado (69.4 %) o, a lo sumo, leve irritabilidad (20 %). Tampoco hay diferencias significativas entre los dolientes de los dos grupos desde el punto de vista de *sentimientos de culpa o auto-reproches*. La mayoría (80 %) no lo tiene y en todo caso sólo un 14.4 % lo consideran leves, vagos o generales.

La parte final de la Tabla 11 expone la comparación en otros dos ítems del CRDC: las *relaciones actuales de los dolientes asociadas a sus expectativas de recuperación, y como piensa que se las arreglará*. Aunque parece que en ambos grupos de dolientes predominan los que manifiestan relaciones afectuosas con su familia, que les apoyan, más marcado en los canarios, lo cierto es que no existen diferencias significativas entre los grupos ($p= 0.081$). Desde el punto de vista del ítem que expresa *cómo piensa que se las arreglará*, no hay diferencias entre los grupos: la mayoría espera recuperarse bien, sin ayuda especial (61.9 %) o al menos de forma regular, sin que probablemente necesite esa ayuda (30 %).

En la Tabla 12 se muestra la puntuación dicotomizada sobre el riesgo total en el CRDC. Los resultados son más favorables en el caso de los dolientes cubanos (68.8 % catalogados de bajo riesgo) mientras que en el caso de los canarios predominan ligeramente los de alto riesgo (51.3 %). El test de Fisher considera esta diferencia significativa ($p=0.016$).

Tabla 12
Niveles de riesgo en ambas poblaciones según puntuación total del CRDC.

PUNTUACIÓN TOTAL DEL CRDC		Grupo de procedencia		TOTAL	Signifi*
		G. Canaria	La Habana		
Bajo riesgo (puntuación 0-14)	Cantidad	39	55	94	0.016
	% de esa población	48.8 %	68.8 %	58.8%	
Alto riesgo(puntuación 15 o superior)	Cantidad	41	25	66	
	% de esa población	51.3 %	31.3 %	41.3%	
TOTAL	Cantidad	80 ^a	80	160	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. del test exacto de Fisher.

El árbol CHAID de la Figura 3 intenta identificar la nacionalidad del doliente en un análisis multivariado con base en las variables del CRDC y sus interacciones. Como se puede observar, el árbol se desglosa en primer lugar por la clase social/ocupacional de la persona que más ingresos aporta a la familia (ítem 2 del instrumento).

Por tanto, el nodo 1 del árbol se refiere a los 51 profesionales, el nodo 2 del árbol habla de los 24 técnicos medios y el nodo 3 de los 85 dolientes con las categorías 3, 4, 5 y 6 de la persona que más aporta. Resulta entonces que entre los que son apoyados económicamente por profesionales, la mayoría es de cubanos (86.3 %), también entre los que son apoyados financieramente por técnicos medios, la mayoría, aunque menos marcada, es de La Habana (58.3 %). Entre los que son financiados por personas que no son profesionales ni técnicos medios, la mayoría es de Gran Canaria (74.1 %). Pero en este último caso, hay también una diferenciación de acuerdo a la variable que expresa el empleo previsto por el doliente fuera del hogar (ítem 3).

Los 17 casos del nodo 4 se refiere a los que tienen previsto un empleo a tiempo parcial o completo y, entre ellos, hay una proporción bastante similar de cubanos y canarios; pero entre los 68 casos del nodo 5 con empleo previsto como jubilados, trabajando en casa o en paro, la gran mayoría son canarios (80.9 %). Las reglas de decisión derivadas de este árbol permiten identificar bien el país del 76.3 % de los dolientes, particularmente el 83.8 % de los cubanos y el 68.8 % de los canarios, lo que habla del peso que pueden tener estas variables en la diferenciación del riesgo.

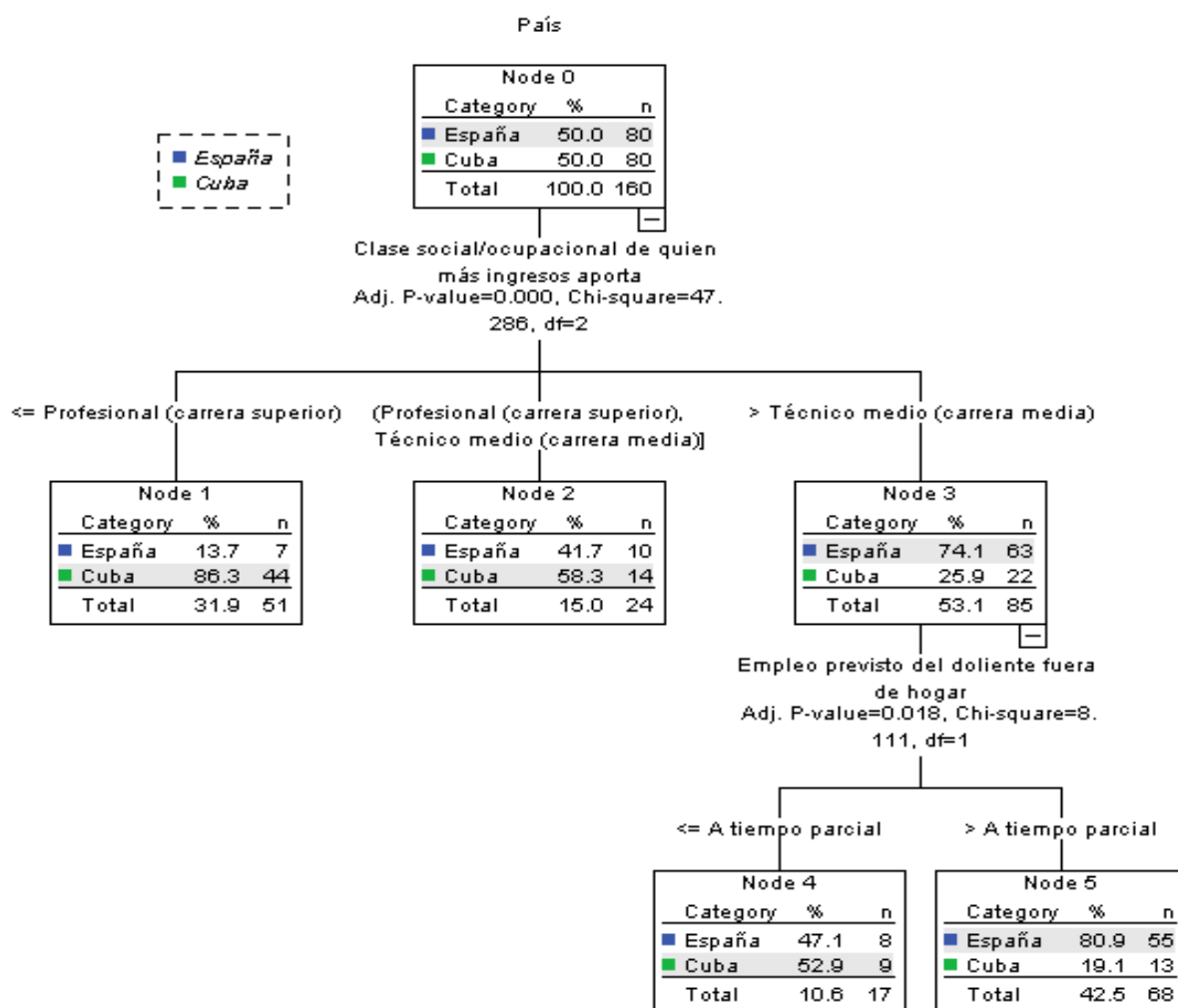


Figura 3
Distinción multivariada según variables del CRDC entre ambas poblaciones a los 3 meses de la pérdida.

Tabla 13
Clasificación de las muestras según su diferenciación en el CRDC (duelo temprano).

Reales observados	Reconocimiento de la población del doliente por el árbol del CRDC		
	Gran Canaria	La Habana	Porcentaje correcto
Gran Canaria	55	25	68.8 %
La Habana	13	67	83.8 %
Porcentaje total	42.5 %	57.5 %	76.3 %

Método de desglose del árbol: CHAID
Variable dependiente: Población de procedencia de los dolientes

Resultados del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) en sus dos partes en la etapa de duelo temprano. Comparación en ambas poblaciones.

En la Tabla 14 se analizan los resultados del ITRD (primera parte: comportamiento en el pasado) a los 3 meses del fallecimiento del cónyuge, en total 8 ítems.

El primer ítem se refiere a *si al doliente le costaba trabajo tras la muerte de la pareja relacionarse con algunas personas*, no tiene diferencias significativas entre los dos grupos ($p= 0.426$). El segundo ítem: *posible dificultad en los primeros meses de duelo, de concentrarse en su trabajo*, si muestra diferencias significativas entre ambos grupos ($p= 0.017$). En Gran Canaria predominan los casos que responden positivamente (dificultad verdadera o verdadera en su mayor parte); en La Habana predominan los casos de opinión verdadera en su mayor parte; pero también hay más personas con duda. El ítem tercero: *posible pérdida inicial de interés en familiares, amigos y actividades*, también muestra diferencias significativas entre ambos grupos ($p= 0.024$): los canarios tienden a negarla, considerándola falsa en su mayor parte o completamente falsa y los cubanos tienden a considerarla verdadera en su mayor parte o con opiniones intermedias, dudosas. El cuarto ítem: *necesidad del doliente en los primeros meses de hacer las cosas que su pareja había querido hacer* muestra opiniones bastante balanceadas y similares ($p= 0.865$).

En estos 4 primeros ítems del ITRD-I, las principales diferencias entre cubanos y canarios están en la dificultad de concentrarse en su trabajo (mayor en canarios) y la pérdida inicial de interés en familiares, amigos y actividades (mayor en cubanos). Tanto los cubanos como los canarios ofrecen opiniones similares en cuanto a *si le costaba trabajo tras la muerte de la pareja relacionarse con algunas personas* y en *sentir la necesidad de hacer las cosas que su pareja hubiera querido hacer*.

Las diferencias se concentran, pues, en aspectos cognitivos de concentración en su trabajo y en intereses sociales.

Tabla 14

Resultados del ITRD- I (Pasado), ítems 1-8: Comparación entre poblaciones.

TRAS SU MUERTE LE COSTABA RELACIONARSE CON ALGUNAS PERSONAS (Item 1)		Grupo de procedencia		TOTAL	Signific.* 0.426
		G. Canaria	La Habana		
Completamente verdadera	Cantidad	20	9	29	
	% de esa población	24.4 %	11.3 %	17.9%	IC=(0.413,0. 439)
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	16	23	39	
	% de esa población	19.5 %	28.8 %	24.1%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	3	24	27	
	% de esa población	3.7 %	30.0 %	16.7%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	13	9	22	
	% de esa población	15.9 %	11.3 %	13.5%	
Completamente falsa	Cantidad	30	15	45	
	% de esa población	36.6 %	18.8 %	27.8%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
TRAS SU MUERTE LE COSTABA CONCENTRARSE EN SU TRABAJO (Item 2)					Signific.* 0.017
Completamente verdadera	Cantidad	33	13	46	
	% de esa población	40.2 %	16.3 %	28,4%	IC=(0.014,0. 020)
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	24	30	54	
	% de esa población	29.3 %	37.5 %	33.3%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	4	15	19	
	% de esa población	4.9 %	18.8 %	11.7%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	7	13	20	
	% de esa población	8.5 %	16.3 %	12.3%	
Completamente falsa	Cantidad	14	9	23	
	% de esa población	17.1 %	11.3 %	14.2%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
TRAS SU MUERTE PERDIÓ INTERÉS EN FAMILIA, AMIGOS Y ACTIVIDADES (Item 3)					Signific.* 0.024
Completamente verdadera	Cantidad	10	2	12	
	% de esa población	12.2 %	2.5 %	7.4%	IC=(0.020, 0.028)
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	15	21	36	
	% de esa población	18.3 %	26.3 %	22.2%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	3	24	27	
	% de esa población	3.7 %	30.0 %	16.7%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	13	15	28	
	% de esa población	15.9 %	18.8 %	17.3%	
Completamente falsa	Cantidad	41	18	59	
	% de esa población	50.0 %	22.5 %	36.4%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 14 Continuación

Resultados del ITRD- I (Pasado), ítems 1-8: Comparación entre poblaciones.

TENÍA LA NECESIDAD DE HACER LAS COSAS QUE SU PAREJA HABÍA QUERIDO HACER (Item 4)		Grupo de procedencia			Signific.* 0.865
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	23	6	29	IC=(0.856, 0.874)
	% de esa población	28.0 %	7.5 %	17.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	13	19	32	
	% de esa población	15.9 %	23.8 %	19.8%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	10	28	38	
	% de esa población	12.2 %	35.0 %	23.5%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	6	19	24	
	% de esa población	6.1 %	23.8 %	14.8%	
Completamente falsa	Cantidad	31	8	39	
	% de esa población	37.8 %	10.0 %	24.1%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
DESPUÉS DE SU MUERTE ESTABA MÁS IRRITABLE DE LO NORMAL (Item 5)					Signific.* 0.952
Completamente verdadera	Cantidad	17	8	25	IC=(0.946, 0.957)
	% de esa población	20.7 %	10.0 %	15.4%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	19	20	39	
	% de esa población	23.2 %	25.0 %	24.1%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	10	27	37	
	% de esa población	12.2 %	33.8 %	22.8%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	11	10	21	
	% de esa población	13.4 %	12.5 %	13.0%	
Completamente falsa	Cantidad	25	15	40	
	% de esa población	30.5 %	18.8 %	24.7%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
EN LOS TRES PRIMEROS MESES SE SENTÍA INCAPAZ DE REALIZAR ACTIVIDADES HABITUALES (Item 6)					Signific.* 0.300
Completamente verdadera	Cantidad	12	6	18	IC=(0.288,0. 312)
	% de esa población	14.6 %	7.5 %	11.1%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	15	26	41	
	% de esa población	18.3 %	32.5 %	25.3%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	17	22	39	
	% de esa población	20.7 %	27.5 %	24.1%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	20	13	33	
	% de esa población	24.4 %	16.3 %	20.4%	
Completamente falsa	Cantidad	18	13	31	
	% de esa población	22.0 %	16.3 %	19.1%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 14 Continuación
 Resultados del ITRD- I (Pasado), ítems 1-8: Comparación entre poblaciones.

SE SENTÍA FURIOSO(A) PORQUE HABÍA SIDO ABANDONADO(A). (Ítem 7)		Grupo de procedencia			Signific.* 0.060
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	7	4	11	IC=(0.054,0.066)
	% de esa población	8.5 %	5.0 %	6.8%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	12	4	16	
	% de esa población	14.5 %	5.0 %	9.9%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	9	28	37	
	% de esa población	11.0 %	35.0 %	22.8%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	9	22	31	
	% de esa población	11.0 %	27.5 %	19.1%	
Completamente falsa	Cantidad	45	22	67	
	% de esa población	54.9 %	27.5 %	41.4%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
TRAS SU MUERTE LE COSTABA TRABAJAR DORMIR (Ítem 8)					Signific.* 0.688
Completamente verdadera	Cantidad	39	33	72	IC=(0.676,0.250)
	% de esa población	47.6 %	41.3 %	44.4%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	20	23	43	
	% de esa población	24.4 %	28.8 %	26.5%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	7	13	20	
	% de esa población	8.5 %	16.3 %	12.3%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	7	5	12	
	% de esa población	8.5 %	6.3 %	7.4%	
Completamente falsa	Cantidad	9	6	15	
	% de esa población	11.0 %	7.5 %	9.3%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

El quinto ítem, trata de la *irritabilidad después de la muerte del cónyuge*, similar a una variable, preguntada en el CRDC: aparecen opiniones bastante uniformemente compartidas y similares entre los dos países, al igual que en aquella, no hay diferencias significativas ($p=0.952$). El sexto ítem tampoco muestra diferencias significativas entre los dolientes de los dos países, trata de la posible *incapacidad del doliente en los primeros meses para realizar las actividades habituales*: la mayoría se pronuncia como una dificultad no completamente verdadera (solo un 11.1 % lo refiere como completamente verdadera); por lo tanto, la significación del test de comparación es de ($p=0.300$). Este resultado, comparado con el obtenido en los ítems 2 y 3 muestra que hay diferencias significativas entre la concentración en el trabajo o la pérdida de interés en la vida social y las actividades fuera de casa y la

posible incapacidad para realizar estas actividades en los primeros meses después del fallecimiento; las diferencias están quizás determinadas porque la primera pregunta resalta un componente cognitivo de la actividad, la segunda un componente motivacional dado por los intereses, pero la tercera destaca un componente conductual-volitivo en las acciones que cotidianamente debe seguir realizando el doliente. El séptimo ítem trata de describir si el doliente *se sentía furioso al inicio del duelo, por considerar que había sido abandonado(a)*; en la respuesta a este ítem no hay diferencias significativas entre los dolientes de los dos grupos ($p= 0.060$). El último ítem apunta a las posibles *dificultades para dormir, después de la muerte del cónyuge*; los dolientes de ambos grupos la evocan mayoritariamente como completamente verdadera o verdadera en su mayor parte, sin diferencias significativas entre los países ($p= 0.688$). Como puede inferirse, en estos ítems del ITRD las diferencias entre ambas poblaciones esencialmente estriban en la sensación de sentirse algo furioso, fundamentalmente en los cubanos; tanto unos como otros tuvieron dificultades iniciales para dormir.

En la Tabla 15 se resumen las estadísticas descriptivas de la puntuación total del ITRD en su primera parte. Los valores medios y medianos en Gran Canaria son ligeramente más favorables y menos variables que en La Habana, pero en su conjunto total no se diferencian de forma significativa ($p= 0.239$).

Tabla 15
Puntuación resumen del ITRD, parte I (pasado). Comparación entre poblaciones.

Grupo poblacional	N	Media	Desv. Est.	Mediana	Mínimo	Máximo	Significación*
Gran Canaria	82	24.67	7.267	25.00	9	37	0.239
Cuba	80	23.88	6.876	23.00	8	40	
TOTAL	162	24.88	7.066	24.00	8	40	IC=(0.228,0.066)

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney

En la Tabla 16 se muestran los resultados de los 13 ítems relacionados con el ITRD en su segunda parte (sentimientos actuales). Obsérvese que los 4 primeros ítems reflejados muestran diferencias significativas entre los dolientes de los dos países. Ante la pregunta de *si actualmente se tienen todavía ganas de llorar cuando se piensa en la pareja perdida* los dolientes canarios manifiestan opiniones más cercanas a las respuestas verdaderas, apoyando esta afirmación, que los cubanos, que manifiestan posiciones más cercanas a lo falso ($p=0.000$). Al responder a la pregunta *si se pone triste cuando piensa en su pareja* (ítem 2) la significación es también alta y el sentido de las diferencias es similar al anterior: los resultados de este ítem son más verdaderos para canarios que para cubanos. Ocurre algo similar respecto al tercer ítem: *no puede aceptar su muerte*, y respecto al cuarto ítem: *a veces le echa mucho de menos*. En todos ellos, hay diferencias entre dolientes de las dos poblaciones que apuntan a sentimientos a 3 meses del fallecimiento, más marcados en Gran Canaria que en La Habana.

Tabla 16
Resultados del ITRD- II (Sentimientos actuales), ítems 1-13: Comparación entre poblaciones.

TODAVÍA TIENE GANAS DE LLORAR CUANDO PIENSA EN SU PAREJA (Item 1)	Grupo de procedencia			Significación**	
	G. Canaria	La Habana	TOTAL	0.000	
Completamente verdadera	Cantidad	52	17	69	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	63.4 %	21.3 %	42.6%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	24	15	39	
	% de esa población	29.3 %	18.8 %	24.1%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	2	31	33	
	% de esa población	2.4 %	38.8 %	20.4%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	3	13	16	
	% de esa población	3.7 %	16.3 %	9.9%	
Completamente falsa	Cantidad	1	4	5	
	% de esa población	1.2 %	5.0 %	3.1%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 16 Continuación

Resultados del ITRD- II (Sentimientos actuales), ítems 1-13: Comparación entre poblaciones.

TODAVÍA SE PONE TRISTE CUANDO PIENSA EN SU PAREJA (Item 2)		Grupo de procedencia			Significación 0.000
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	54	25	79	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	65.9 %	31.3 %	48.8%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	22	26	48	
	% de esa población	26.8 %	32.5 %	29.6%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	3	21	24	
	% de esa población	3.7 %	26.3 %	14.8%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	1	5	6	
	% de esa población	1.2 %	6.3 %	3.7%	
Completamente falsa	Cantidad	2	3	5	
	% de esa población	2.4 %	3.8 %	3.1%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
NO PUEDE ACEPTAR SU MUERTE (Item 3)					Significación* 0.032
Completamente verdadera	Cantidad	18	7	25	IC=(0.027,0.036)
	% de esa población	22.0 %	8.8 %	15.4%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	14	5	19	
	% de esa población	17.1 %	6.3 %	11.7%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	15	18	33	
	% de esa población	18.3 %	22.5 %	20.4%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	15	34	49	
	% de esa población	18.3 %	42.5 %	30.2%	
Completamente falsa	Cantidad	20	16	36	
	% de esa población	24.4 %	20.0 %	22.2%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
A VECES LE ECHA MUCHO DE MENOS (Item 4)					Significac.* 0.000
Completamente verdadera	Cantidad	62	29	91	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	75.6 %	36.3 %	56.2%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	19	40	59	
	% de esa población	23.2 %	50.0 %	36,4%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	0	5	5	
	% de esa población	0.0 %	6.3 %	3.1%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	0	3	3	
	% de esa población	0.0 %	3.8 %	1.9%	
Completamente falsa	Cantidad	1	3	4	
	% de esa población	1.2 %	3.8 %	2.5%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 16 Continuación

Resultados del ITRD- II (Sentimientos actuales), ítems 1-13: Comparación entre poblaciones.

TODAVIA LE RESULTA DOLOROSO TRAER A LA MEMORIA SU RECUERDO (Item 5)		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	0.049
Completamente verdadera	Cantidad	36	14	50	IC=(0.043,0.054)
	% de esa población	43.9 %	17.5 %	30.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	20	30	50	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	24.4 %	37.5 %	30,9%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	6	28	34	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	7.3 %	35.0 %	21.0%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	8	4	12	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	9.8 %	5.0 %	7.4%	
Completamente falsa	Cantidad	12	4	16	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	14.6 %	5.0 %	9.9%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
A MENUDO SE QUEDA ENSIMISMADO(A) PENSANDO EN SU PAREJA (Item 6)					Significac.*
					0.000
Completamente verdadera	Cantidad	35	17	52	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	47.2 %	21.3 %	32.1%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	29	17	46	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	35.4 %	21.3 %	28.4%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	14	27	41	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	17.1 %	33.8 %	25.3%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	2	14	16	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	2.4 %	17.5 %	9.9%	
Completamente falsa	Cantidad	2	5	7	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	2.4 %	6.3 %	4.3%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
LLORA A ESCONDIDAS CUANDO PIENSA EN SU PAREJA (Item 7)					Significación*
					0.008
Completamente verdadera	Cantidad	28	11	39	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	34.1 %	13.8 %	24.1%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	15	6	21	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	18.3 %	7.5 %	13.0%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	7	18	25	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	8.5 %	22.5 %	15.4%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	11	24	35	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	13.4 %	30.0 %	21.6%	
Completamente falsa	Cantidad	21	21	42	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	25.6 %	26.3 %	25.9%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	IC=(0.006,0.010)
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

(Continúa)

Tabla 16 Continuación

Resultados del ITRD- II (Sentimientos actuales), ítems 1-13: Comparación entre poblaciones.

NADIE PODRA OCUPAR EL LUGAR QUE SU PAREJA DEJÓ EN SU VIDA (Item 8)		Grupo de procedencia			Significación*	
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	0.000	
Completamente verdadera	Cantidad	59	29	88	IC=(0.000,0.000)	
	% de esa población	72.0 %	36.3 %	54.3%		
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	12	22	34		
	% de esa población	14.6 %	27.5 %	21.0%		
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	7	22	29		
	% de esa población	8.5 %	27.5 %	17.9%		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	3	3	6		
	% de esa población	3.7 %	3.8 %	3.7%		
Completamente falsa	Cantidad	1	4	5		
	% de esa población	1.2 %	5.0 %	3.1%		
TOTAL	Cantidad	82	80	162		
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%		
NO PUEDE DEJAR DE PENSAR EN SU PAREJA (Item 9)						Significación* 0.000
Completamente verdadera	Cantidad	29	10	39		IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	35.4 %	12.5 %	24.1%		
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	29	15	44		
	% de esa población	35.4 %	18.8 %	27.2%		
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	17	32	49		
	% de esa población	20.7 %	40.0 %	30.2%		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	6	15	21		
	% de esa población	7.3 %	18,8 %	13.0%		
Completamente falsa	Cantidad	1	8	9		
	% de esa población	1.2 %	10.0 %	5.6%		
TOTAL	Cantidad	82	80	162		
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%		
CREE QUE NO ES JUSTO QUE HAYA MUERTO (Item 10)					Significación* 0.504	
Completamente verdadera	Cantidad	30	21	51	IC=(0.491,0.517)	
	% de esa población	36.6 %	26.3 %	31.5%		
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	14	9	23		
	% de esa población	17.1 %	11.3 %	14.2%		
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	18	41	59		
	% de esa población	22.0 %	51.3 %	36.4%		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	9	4	13		
	% de esa población	11.0 %	5.0 %	8.0%		
Completamente falsa	Cantidad	11	5	16		
	% de esa población	13.4 %	6.3 %	9.9%		
TOTAL	Cantidad	82	80	162		
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%		

(Continúa)

Tabla 16 Continuación

Resultados del ITRD- II (Sentimientos actuales), ítems 1-13: Comparación entre poblaciones.

LAS COSAS Y PERSONAS QUE LE RODEAN LE HACEN RECORDARLO/A. (Item 11)		Grupo de procedencia			Significación* 0.000
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	41	17	58	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	50.0 %	21.3 %	35.8%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	35	38	73	
	% de esa población	42.7 %	47.5 %	45.1%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	3	19	22	
	% de esa población	3.7 %	23.8 %	13.6%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	1	4	5	
	% de esa población	1.2 %	5.0 %	3.1%	
Completamente falsa	Cantidad	2	2	4	
	% de esa población	2.4 %	2.5 %	2.5%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
ES INCAPAZ DE ACEPTAR SU MUERTE (Item 12)					Significación* 0.507
Completamente verdadera	Cantidad	10	8	18	IC=(0.494,0.520)
	% de esa población	12.2 %	10.0 %	11.1%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	14	4	18	
	% de esa población	17.1 %	5.0 %	11.1%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	16	24	40	
	% de esa población	19.5 %	30.0 %	24.7%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	17	22	39	
	% de esa población	20.7 %	27.5 %	24.1%	
Completamente falsa	Cantidad	25	22	47	
	% de esa población	30.5 %	27.5 %	29.0%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	
LE INVADEN LA NECESIDAD DE QUE SU PAREJA FALLECIDA ESTÉ CON EL/ELLA (Item 13)					Significación* 0.000
Completamente verdadera	Cantidad	46	19	65	IC=(0.000,0.000)
	% de esa población	56.1 %	23.8 %	40.1%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	28	29	57	
	% de esa población	34.1 %	36.3 %	35.2%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	4	22	26	
	% de esa población	4.9 %	27.5 %	16.0%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	3	4	7	
	% de esa población	3.7 %	5.0 %	4.3%	
Completamente falsa	Cantidad	1	6	7	
	% de esa población	1.2 %	7.5 %	4.3%	
TOTAL	Cantidad	82	80	162	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

La respuesta al ítem 5: *dolor por traer a la memoria el recuerdo del cónyuge perdido* es ligeramente más favorable en los cubanos, marcando diferencias significativas entre los dos grupos ($p= 0.049$). El criterio sobre *si a menudo se queda ensimismado pensando en su pareja*, es significativamente mejor en los cubanos ($p= 0.000$) (ítem 6). Lo mismo ocurre con el ítem 7 sobre *si llora a escondidas cuando piensa en la pareja* y también con el criterio de

que *nadie podrá ocupar el lugar de su pareja* (ítem 8), siempre con opiniones más favorables a los 3 meses en los cubanos.

El ítem 9 se refiere a la *imposibilidad de dejar de pensar en su pareja*, muestra diferencias significativas entre los dolientes de ambos países ($p= 0.000$) con tendencias más favorables a los dolientes cubanos. El ítem 10 que se refiere a la opinión de que *no es justo que su cónyuge haya muerto*, no muestra diferencias significativas (en ambos se considera que esta afirmación es verdadera o dudosa; pero no falsa). El ítem 11 del ITRD que se refiere a *si las cosas y personas que le rodean, le hacen recordar al cónyuge* manifiesta diferencias significativas entre los grupos: los canarios tienden a evaluaciones más drásticas (negativas), pero lo cubanos tienden a evoluciones más positivas. El penúltimo ítem del ITRD (ítem 12), que se refiere a la *incapacidad del doliente de aceptar la muerte del cónyuge* no refleja diferencias entre cubanos y canarios ($p= 0.507$), las opiniones están diversificadas; pero la mayoría tienen tendencia positiva. Por último, la opinión sobre *si le invade la necesidad de que su pareja fallecida esté con el doliente* (ítem 13) se diferencian significativamente ($p=0.000$), marcando los canarios con mayor necesidad respecto a ese ítem.

En la Tabla 17 se resumen las estadísticas descriptivas de la puntuación total del ITRD en su segunda parte (sentimientos actuales, a los 3 meses de la pérdida). Los valores medios y medianos son significativamente más favorables (aunque más variables) en La Habana que en Gran Canaria, y en su conjunto total se diferencian de forma altamente significativa ($p= 0.000$), resultados que son de esperar, de acuerdo a lo comentado.

Tabla 17
Puntuación resumen del ITRD, parte II (sentimientos actuales, a los 3 meses de la pérdida). Comparación entre poblaciones.

Grupo Poblacional	N	Media	Desv. Est.	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango medio (Mann-Whitney)	Significac*
Gran Canaria	82	26.85	8.066	25.00	13	48	63.45	0.000
La Habana	80	34.64	10.568	36.00	13	65	100.00	IC=(0.00,0.0
TOTAL	162	30.70	10.138	31.50	13	65		0)

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

En la Tabla 18 se desarrolla la comparación de dos poblaciones en dos momentos por países, en las dos partes del ITRD. Véase que las referencias al comportamiento pasado no muestran diferencias significativas entre las dos poblaciones ($p=0.352$) pero sí en los sentimientos actuales ($p=0.000$). Estas diferencias favorecen a los dolientes cubanos, pues los rangos medios de las medianas son más altos.

En una comparación antes-después en cada población, si se analiza el cambio en el ITRD pasado al actual en Gran Canaria se muestran diferencias altamente significativas en esos dolientes; la mayor parte (64) “empeoran”, solo 4 “mejoran” y 14 se mantienen al mismo nivel. Esta comparación antes-después en La Habana también muestra cambios significativos ($p=0.008$) pero hay menos casos que “empeoran” (30), otros 16 “mejoran” y 34 mantienen el mismo nivel. En otras palabras, cuando se comparan los cambios entre comportamientos del pasado y sentimientos actuales, se vuelve a obtener evidencias de que los cubanos tienden a elaborar más rápidamente el duelo, al menos, al transcurrir 3 meses de la pérdida y en sus componentes afectivo-emocionales.

Tabla 18

Comparación de medianas del ITRD entre poblaciones y en dos momentos de evolución del duelo (pasado y actual) a los 3 meses.

Grupo poblacional		N	Rango medio	Suma de rangos	Significación*
Mediana ITRD pasado	Gran Canaria	82	84.80	6954.00	0.352
	La Habana	80	78.11	6249.00	IC=(0.339, 0.364)
	Total	162			
Grupo poblacional		N	Rango medio	Suma de rangos	Significación*
Mediana ITRD actual	Gran Canaria	82	60.32	4946.00	0.000
	La Habana	80	103.21	8257.00	IC=(0.000, 0.000)
	Total	162			
Gran Canaria		N	Rango medio	Suma de rangos	Significación**
Mediana ITRD actual	Rangos negativos	64 ^a	35.88	2296.00	0.000
Mediana ITRD pasado	Rangos positivos	4 ^b	12.50	50.00	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	14 ^c			
	Total	82			
La Habana		N	Rango medio	Suma de rangos	Significación**
Mediana ITRD actual	Rangos negativos	30 ^a	25.97	779.00	0.008
Mediana ITRD pasado	Rangos positivos	16 ^b	18.88	302.00	IC=(0.000, 0.010)
	Empates	34 ^c			
	Total	80			

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney

**Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon

a. Actual < Pasado (empeoran)

b. Actual > Pasado (mejoran)

c. Actual = Pasado (no empeoran ni mejoran)

En la Figura 4 se toman todos los indicadores del ITRD (pasado y actual) y se intenta estudiar las interacciones de dichos indicadores, de tal manera que permitan identificar los dos grupos poblacionales con mayores diferencias.

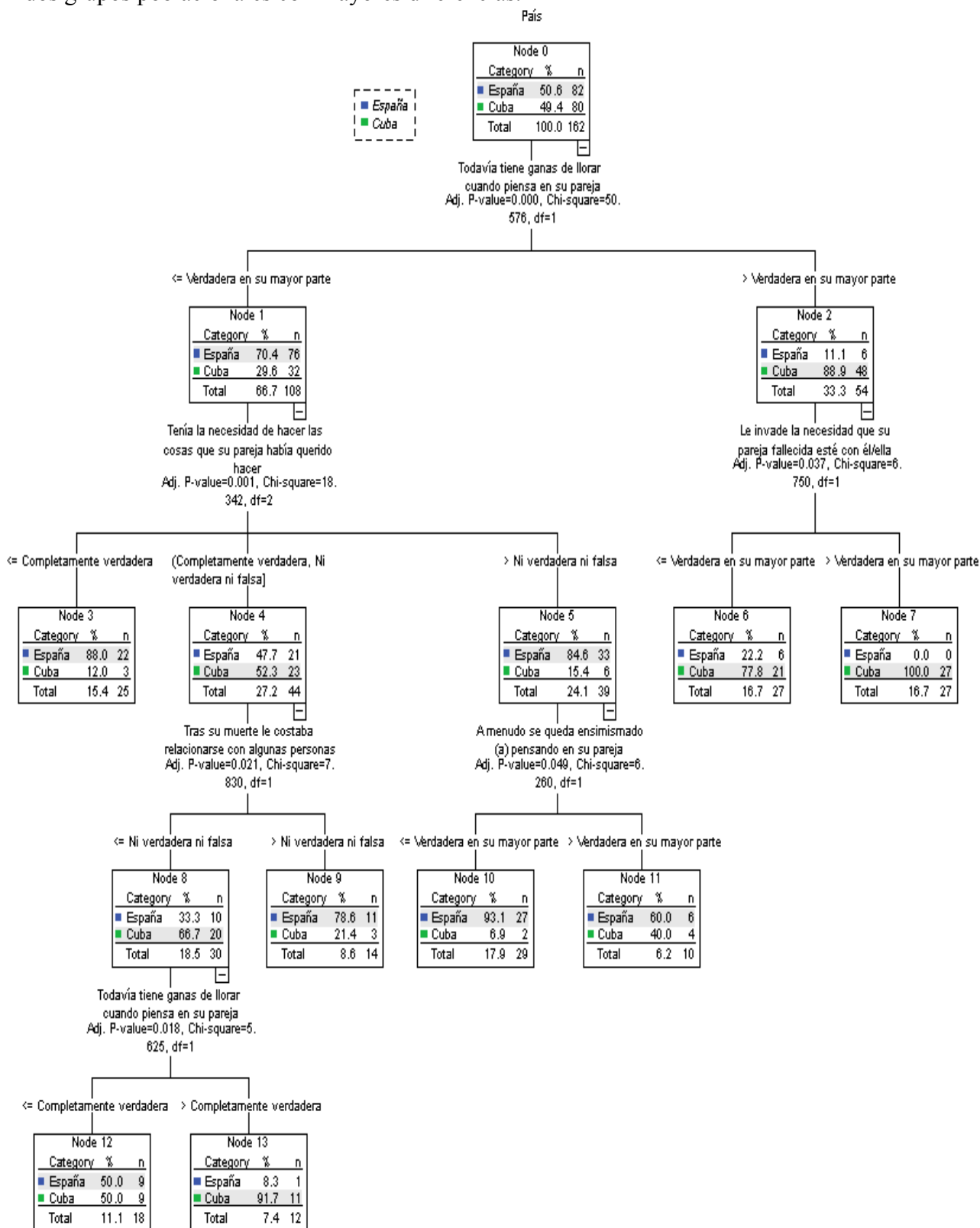


Figura 4
Distinción multivariada del ITRD (pasado y actual) en duelo temprano, entre las poblaciones.

Obsérvese que el árbol se desglosa en primer lugar por la variable que expresa *Todavía tiene ganas de llorar cuando piensa en la difunta pareja*. Se divide en dos subnodos:

<=Verdadera en su mayor parte (significa “completamente verdadera” o “verdadera en buena medida”), con 108 dolientes, la mayoría de los cuales son canarios (70.4 %),

>Verdadera en su mayor parte (significa “ni verdadera ni falsa”, “falsa en buena medida” o “completamente falsa”), con 54 dolientes, la mayoría cubanos (88.9 %).

Después el primero de los subnodos se subdivide de acuerdo a *Tenía la necesidad de hacer las cosas que su pareja había querido hacer* y, a su vez, uno de los sub-nodos se divide en base a *Tras su muerte le costaba trabajar relacionarse con algunas personas* y el otro de los sub-nodos si *A menudo se queda ensimismado/a pensando en su pareja*. Hay una última subdivisión en esta rama de acuerdo a precisiones de *Todavía tiene ganas de llorar cuando piensa en su pareja*. El segundo sub-nodo del nodo raíz tiene una única subdivisión por *Le invade la necesidad que su pareja fallecida esté con el/ella*.

Siguiendo estas reglas se logra identificar bien la población de procedencia del 82.7 % de los dolientes, particularmente entre los canarios se acierta en un 91.5 % y entre los cubanos en 73.8 %, lo cual permite afirmar que son estas variables y sus interacciones con los valores de las escalas, los que determinan la distinción entre los grupos poblacionales como muestra la tabla 19.

Tabla 19
Clasificación de las muestras según su diferenciación en items del pasado y del presente en ITRD a los 3 meses de la pérdida.

Reales observados	Reconocimiento del grupo poblacional de dolientes por el árbol del ITRD		
	Gran Canaria	La Habana	Porcentaje correcto
Gran Canaria	75	7	91.5 %
La Habana	21	59	73.8 %
Porcentaje total	59.3 %	40.7 %	82.7 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: Grupo poblacional de procedencia de los dolientes

Tabla 20

Nodos terminales (8) con reglas de identificación entre las muestras.

Todavía tiene ganas de llorar	Tenía la necesidad de hacer las cosas que su pareja quería	Si... Tras su muerte le costaba relacionarse con algunas personas	A menudo se queda ensimismado cuando piensa en su pareja	Le invade la necesidad que su pareja esté con el/ella	Población de Moda	Probabilidad
Completamente verdadera o verdadera en su mayor parte	Completamente verdadera				Gran Canaria	88.0 %
Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte o Ni verdadera ni falsa	Completamente verdadera o Verdadera en su mayor parte o Ni verdadera ni falsa			Gran Canaria	50.0 %
Verdadera en su mayor parte	Verdadera en su mayor parte o Ni verdadera ni falsa	Completamente verdadera o Verdadera en su mayor parte o Ni verdadera ni falsa			La Habana	91.7 %
Completamente verdadera o verdadera en su mayor parte	Verdadera en su mayor parte o Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte o Completamente falsa			Gran Canaria	78.6 %
Completamente verdadera o verdadera en su mayor parte	Falsa en su mayor parte o Completamente falsa		Completamente verdadera o verdadera en su mayor parte		Gran Canaria	93.1 %
Completamente verdadera o verdadera en su mayor parte	Falsa en su mayor parte o Completamente falsa		Ni verdadera ni falsa o Falsa en su mayor parte o Completamente falsa		Gran Canaria	60.0 %
Ni verdadera ni falsa o Falsa en su mayor parte o Completamente falsa				Completamente verdadera o verdadera en su mayor parte	La Habana	77.8 %
Ni verdadera ni falsa o Falsa en su mayor parte o Completamente falsa				Ni verdadera ni falsa o Falsa en su mayor parte o Completamente falsa	La Habana	100.0 %

Detección de grupos (clusters) de dolientes. Composición de los clusters respecto a datos generales y relación de los mismos con los resultados del CRDC y el ITRD (duelo temprano)

En la Tabla 21 se muestran los grupos (clusters) a partir de los indicadores del ITRD, que son los que caracterizan el duelo y permiten evaluar su intensidad. Previamente se hace el análisis exploratorio del número de clusters a formar: el Criterio de Información Bayesiano de Swartz (BIC) se reduce hasta que el número de clusters llega a tres. Después comienza a incrementarse este indicador de costo/beneficio, por lo cual el software decide formar tres clusters. Los tres clusters tienen respectivamente 72, 48 y 42 dolientes (44.4 %, 29.6 % y 25.9 % aproximadamente).

Para identificar los clusters se calcula la mediana de los índices del ITRD en cuanto a comportamientos en el pasado y a sentimientos actuales, y también el puntaje total del ITRD en sus dos partes con la respectiva mediana. Puede observarse que la tendencia más marcada es valores más bajos (peores) en el cluster 1, intermedios en el cluster 2 y más altos (mejores) en el cluster 3. Resulta entonces que el cluster 1 tiene a los dolientes con peor evolución del duelo, el cluster 3 a los dolientes con mejor evolución del duelo y el cluster 2 es intermedio. Esto último se ratifica observando los perfiles de los clusters según cada uno de los indicadores del ITRD como se muestra en la Tabla 22. Obsérvese que, salvo excepciones, el cluster 1 tiene los indicadores con mediana más baja y el cluster 3 con mediana más alta. Así, en el cluster 1 predominan los dolientes que tras el fallecimiento del cónyuge (comportamientos en el pasado) les costaba relacionarse con algunas personas, les costaba concentrarse en su trabajo, aunque no perdieron interés en la familia, amigos y actividades, tenían necesidad de hacer las cosas que su pareja quería, la mayor irritabilidad es dudosa, también lo era la incapacidad de realizar actividades habituales, no mostraban furia por sentirse abandonados. A los tres meses (sentimientos actuales) todavía tienen ganas de llorar

cuando piensan en su pareja y también se ponen tristes, no pueden aceptar su muerte, le echan mucho de menos, se quedan ensimismados cuando piensan en la pareja, consideran que nadie podrá ocupar el lugar de la misma, no pueden dejar de pensar en ella, creen que no es justo que haya muerto, las cosas y personas que le rodean les hacen recordarla, hay dudas sobre la incapacidad de aceptar su muerte y le invade la necesidad que su pareja esté con el/ella. De forma análoga en las tablas se caracteriza el perfil de los otros dos clusters.

Tabla 21
Formación de clusters de dolientes.

	Número del cluster						Total	
	N	1 Mediana	N	2 Mediana	N	3 Mediana	N	Mediana
Mediana ITRD pasado	72	2.5	48	3.0	42	4.0	162	3.0
Mediana ITRD actual	72	1.0	48	3.0	42	3.0	162	2.0
Total ITRD Parte I: Comportamiento en el pasado	72	23.0	48	22.0	42	30.0	162	24.0
Total ITRD Parte II: Sentimientos actuales	72	22.0	48	36.0	42	38.0	162	31.5

Tabla 22
Perfiles de los clusters según valores medianos de los indicadores del ITRD I: comportamiento en el pasado (duelo temprano).

	Número del cluster						Total	
	N	1 (Peor) Mediana	N	2 (Medio) Mediana	N	3 (Mejor) Mediana	N	Mediana
Tras su muerte le costaba relacionarse con algunas personas	72	2.0	48	3.0	42	4.5	162	3.0
Tras su muerte le costaba concentrarse en su trabajo	72	1.0	48	2.0	42	2.5	162	2.0
Tras su muerte perdió interés en familia, amigos y actividades	72	4.0	48	3.0	42	5.0	162	4.0
Tenía la necesidad de hacer las cosas que su pareja había querido hacer	72	2.0	48	3.0	42	4.0	162	3.0
Después de su muerte estaba más irritable de lo normal	72	3.0	48	3.0	42	4.0	162	3.0
En los tres primeros meses se sentía incapaz de realizar actividades habituales	72	3.0	48	3.0	42	4.0	162	3.0
Se sentía fusioso(a) porque había sido abandonado(a)	72	5.0	48	3.0	42	5.0	162	4.0
Tras su muerte le costaba trabajo dormir	72	1.0	48	2.0	42	3.0	162	2.0

Tabla 23

Valores medianos de los indicadores del ITRD Parte II: Sentimientos actuales.

	Número del cluster							Total Mediana
	1 (Peor)		2 (Medio)		3 (Mejor)		N	
	N	Mediana	N	Mediana	N	Mediana		N
Todavía tiene ganas de llorar cuando piensa en su pareja	72	1.0	48	3.0	42	2.0	162	2.0
Todavía se pone triste cuando piensa en su pareja	72	1.0	48	2.0	42	2.9	162	2.0
No puede aceptar su muerte	72	2.0	48	4.0	42	5.0	162	4.0
A veces le echa mucho de menos	72	1.0	48	2.0	42	2.0	162	1.0
Todavía le resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo	72	1.0	48	3.0	42	3.0	162	2.0
A menudo se queda ensimismado(a) pensando en su pareja	72	1.0	48	4.0	42	3.0	162	2.0
Llora a escondidas cuando piensa en su pareja	72	1,5	48	2.0	42	5.0	162	3.0
Nadie podrá ocupar el lugar que su pareja dejó en su vida	72	1.0	48	3.0	42	3.0	162	1.0
No puede dejar de pensar en su pareja	72	2.0	48	3.0	42	3.5	162	2.0
Cree que no es justo que haya muerto	72	1.0	48	3.0	42	3.0	162	3.0
Las cosas y personas que le rodean le hacen recordarlo(a)	72	1.0	48	2.0	42	2.0	162	2.0
Es incapaz de aceptar su muerte	72	3.0	48	3.0	42	5.0	162	4.0
Le invade la necesidad que su pareja fallecida esté con el (ella)	72	1.0	48	2.0	42	2.0	162	2.0

En la Tabla 24 se muestra la relación entre los datos generales (variables socio-demográficas) y la pertenencia de los dolientes a los clusters. Específicamente, en la Tabla 24 se estudian las posibles asociaciones de los clusters con el grupo de procedencia, el género, la edad y la cantidad de hijos de los dolientes. Puede observarse que los canarios pertenecen en su mayoría al cluster 1 (67.1 % de los 82) mientras que los cubanos están más distribuidos entre los tres clusters, aunque discreta mayoría de ellos pertenece al cluster 2 (51.3 % de los 80); esta asociación es altamente significativa ($p=0.000$). Desde el punto de vista de la

composición por el género no hay diferencias entre los clusters ($p= 0.619$), la mayoría de cada tipo de género pertenece al cluster 1 (el más abundante). Tampoco la distribución de edades es significativamente diferente entre los tres clusters ($p= 0.251$). La cantidad de hijos sí difiere de forma altamente significativa entre los clusters ($p= 0.000$), y puede observarse que los dolientes con más hijos pertenecen en su mayoría al cluster con peor evolución del duelo, mientras los que tienen menos hijos pertenecen al cluster 2 o al 3 (este último, de “mejor evolución” del duelo); ($p= 0.014$).

Tabla 24

Relación entre datos generales (procedencia, género, edad, n° de hijos, estudios, si trabaja y convivencia) y clusters de los dolientes.

			Número del cluster			Total	Significac*
			1 (Peor)	2 (Medio)	3 (Mejor)		
Grupo poblacio- nal	Gran Canaria	Cantidad	55	7	20	82	0.000
		% de esa población	67.1 %	8.5%	24.4%	100.0%	
	La Habana	Cantidad	17	41	22	80	IC=(0.000, 0.00)
	% de esa población	21.3 %	51.3%	27.5 %	100.0%		
Total		Cantidad	72	48	42	162	
		% de esa población	44.4 %	29.6%	25.9 %	100.0%	
Género	Masculino	Cantidad	21	17	11	49	Significac* 0.619
		% del género	42.9 %	34.7%	22.4%	100.0%	
	Femenino	Cantidad	51	31	31	113	IC=(0.607, 0.632)
		% del género	45.1 %	27.4%	27.4%	100.0%	
Total		Cantidad	72	48	42	162	
		% del género	44.4 %	29.6%	25.9%	100.0%	
Edad del doliente	Menor o igual a 45	Cantidad	2	2	5	9	Significac** 0.251
		% de edad	22.2 %	22.2%	55.6%	100.0%	
	46-55	Cantidad	10	9	4	23	IC=(0.240, 0.262)
		% de edad	43.5 %	39.1%	17.4%	100.0%	
	56-65	Cantidad	15	10	13	38	
		% de edad	39.5 %	26.3%	34.2%	100.0%	
	66-75	Cantidad	27	19	13	59	
		% de edad	45.8 %	32.2%	22.0%	100.0%	
	Más de 75 años	Cantidad	18	8	7	33	
		% de edad	54.5 %	24.2%	21.2%	100.0%	
Total		Cantidad	72	48	42	162	
		% de edad	44.4 %	29.6%	25.9%	100.0 %	

(Continúa)

Tabla 24 Continuación

Relación entre datos generales (procedencia, género, edad, n° de hijos, estudios, si trabaja y convivencia) y clusters de los dolientes.

			Número del cluster			Total	Significac**	
			1 (Peor)	2 (Medio)	3(Mejor)			
Cantidad de hijos	Ninguno	Cantidad	4	4	5	13	0.014	
		% de la cantidad	30.8 %	30.8%	38.5%	100.0%		
	Uno	Cantidad	14	18	12	44		IC=(0.011, 0.016)
		% de la cantidad	31.8 %	40.9%	27.3%	100.0%		
	Dos	Cantidad	19	15	10	44		
		% de la cantidad	43.2 %	34.1%	22.7%	100.0%		
	Tres	Cantidad	21	6	11	38		
% de la cantidad		55.3 %	15.8%	28.9%	100.0%			
Cuatro o más	Cantidad	14	5	4	23			
	% de la cantidad	60.9 %	21.7%	17.4%	100.0%			
Total	Cantidad		72	48	42	162		
	% de la cantidad		44.4 %	29.6%	25.9%	100.0%		
Estudios completados	Primarios	Cantidad	48	15	18	79	Significac** 0.002	
		% del nivel	52.5 %	19.9%	22.8%	100.0%		
	Secundarios	Cantidad	9	11	13	33		IC=(0.001, 0.004)
		% del nivel	27.3 %	33.3%	39.4%	100.0%		
	Universitarios	Cantidad	17	22	11	50		
		% del nivel	34.0 %	44.0%	22.0%	100.0%		
	Total	Cantidad		72	48	42		
% del nivel		44.4 %	29.6%	25.9%	100.0%			
Trabaja actualmente	Sí	Cantidad	58	25	29	112	Significac* 0.004	
		% de sí trabaja	51.8 %	22.3%	25.9%	100.0%		
	No	Cantidad	14	3	13	50		IC=(0.003, 0.006)
		% de no trabaja	28.0 %	46.0%	26.0%	100.0%		
	Total	Cantidad	72	48	42	162		
%		44.4 %	29.6%	25.9%	100.0%			
Con quien vive	Solo	Cantidad	31	14	15	60	Significac** 0.133	
		% del cluster	57.5 %	23.3%	25.0%	100.0%		
	Con nueva pareja	Cantidad	1	0	2	3		IC=(0.124, 0.141)
		% del cluster	33.3 %	00%	66.7%	100.0%		
	Con otros familiares	Cantidad	36	34	23	93		
		% del cluster	38.7 %	36.6%	24.7%	100.0%		
	Con otras personas (no familiares)	Cantidad	4	0	2	6		
		% del cluster	66.7 %	0.0%	33.3%	100.0%		
	Total	Cantidad		72	48	42		
% del cluster		44.4 %	29.6%	25.9 %	25.9 %			

* Sig. de Monte Carlo para el test exacto de Fisher.

** Sig. de Monte Carlo para el test de Kruskal-Wallis.

Observamos la asociación entre los clusters y los estudios completados, el trabajo actual del doliente, la convivencia con otras personas y los antecedentes patológicos personales (APP), encontrando que los dolientes con estudios primarios pertenecen mayoritariamente al cluster 1, los de estudios secundarios a los clusters 2 o 3, y resulta interesante que los de

estudios universitarios pertenecen a los clusters 1 o 2. Esta distribución diferente es altamente significativa ($p= 0.002$). Por otra parte, los que trabajan actualmente pertenecen en su mayoría al cluster 1 y los que no trabajan están más distribuidos, pero hay más en el cluster 2, significación también alta ($p= 0.004$). La convivencia no se diferencia significativamente entre los clusters, aunque la mayoría de los que viven solos o con otras personas (no familiares) es del cluster 1. Por último los antecedentes patológicos personales se muestran mucho más marcados en el cluster 1 y menos marcados en el cluster 3. En el cluster 2 aparece de nuevo la tendencia a proporciones intermedias..

Tabla 25

Distribución de los Antecedentes Patológicos Personales entre los clusters.

	Número del cluster						Total	
	1 (Peor)		2 (Medio)		3 (Mejor)			
	N	% de APP	N	% de APP	N	% de APP	N	% de APP
Catarros	124	49.0 %	61	24.1 %	68	26.9 %	253	100.0 %
Infecciones piel	138	43.8 %	95	30.2 %	82	26.0 %	315	100.0 %
Diarreas	141	45.6 %	89	28.8 %	79	25.6 %	309	100.0 %
Calambres/contracturas	129	44.5 %	84	29.0 %	77	26.6 %	290	100.0 %
Infecciones respirator.	140	47.0 %	82	27.5 %	76	25.5 %	298	100.0 %
Asma	139	46.2 %	84	27.9 %	78	25.9 %	301	100.0 %
Doplores óseos	119	46.5 %	71	27.7 %	66	25.8 %	256	100.0 %
Infecciones urinarias	140	45.6 %	89	29.0 %	78	25.4 %	307	100.0 %
Dolores de cabeza	133	46.7 %	76	26.7 %	76	26.7 %	285	100.0 %
Problemas nerviosos	133	44.3 %	89	29.7 %	78	26.0 %	300	100.0 %

Los Antecedentes Patológicos Personales se muestran mucho más marcados en el cluster 1 y menos marcados en el cluster 3 (en el cluster 2 hay proporciones intermedias).

La Tabla 26 intenta establecer la posible relación entre los resultados del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) y los clusters que fueron formados a partir del ITRD. Pueden verse en primer lugar las estadísticas descriptivas de la puntuación total del CRDC por clusters: en el cluster 1 son mayores (peores) la media, la mediana (ambas por encima de 14 puntos), el mínimo y el máximo del total de las puntuaciones. En los clusters 2 y 3 estos valores son menores (mejores), la media y la mediana están por debajo de 14 puntos. Consecuentemente cuando se resume dicotómicamente los resultados del CRDC en “bajo” y

“alto” riesgo (Tabla 27), los dolientes con alto riesgo pertenecen en su mayoría al cluster 1 (62.1 %) y en minoría al cluster 3 (16.7 %). Al cluster 2 pertenece una proporción intermedia (21.2 %). Los casos con bajo riesgo de duelo complicado están más uniformemente distribuidos entre los tres clusters, pero con una ligera mayoría en el cluster 2. Esta asociación de los clusters con los resultados del puntaje del CRDC es altamente significativa ($p= 0.001$).

Tabla 26
Estadísticas descriptivas de la puntuación total del CRDC.

Número del cluster	N	Media	Desv. Est.	Mediana	Mínimo	Máximo	
Total de Puntuación en CRDC	1 (Peor)	71	15.88	3.615	15.00	9	27
	2 (Medio)	48	13.27	3.763	12.00	8	24
	3 (Mejor)	41	13.73	3.256	14.00	7	23
	Total	160	14.54	3.747	14.00	7	27

Tabla 27
Puntuación-resumen del CRDC y número del cluster.

Puntaje resumen del CRDC	Bajo riesgo (puntuación 0-14)	Cantidad % cluster	Número del cluster			Total	Significac.* 0.001 IC=(0.000, 0.001)
			1 (Peor)	2 (Medio)	3(Mejor)		
	Alto riesgo (puntuación 15 ó mas)	Cantidad %cluster	30 31.9 %	34 36.2%	30 31.9%	94 100.0%	
			41 62.1 %	14 21.2%	11 16.7%	66 100.0%	
Total		Cantidad % del cluster	71 44.4 %	48 30.0%	41 25.6%	160 100.0 %	

* Sig. de Monte Carlo para el Test Exacto de Fisher.

Por último, en la Figura 5 se muestra, con un árbol de decisión, cómo el conjunto de variables generales, los ítems del CDRC y los propios ítems del ITRD y sus interacciones, pueden identificar los clusters. Por supuesto, sería engañoso decir que este gráfico tiene fines predictivos, pues de hecho los clusters fueron formados con los ítems del ITRD; pero en el proceso de formación de los clusters no intervienen las posibles interacciones entre dichos ítems ni las interacciones con otros datos. Por ello tiene solo un fin descriptivo. Puede

observarse que, efectivamente, todas las variables que intervienen en el árbol son indicadores de ITRD y de sus propias interacciones (*todavía tiene ganas de llorar, nadie podrá ocupar el lugar que dejó en su vida, es incapaz de aceptar su muerte, llora a escondidas cuando piensa en su pareja y siente culpa o autorreproches*).

Y resulta obvio que cuando estos 5 indicadores con sus interacciones alcanzan valores mayores, se reduce la pertenencia al cluster 1 y se incrementa la pertenencia al cluster 3.

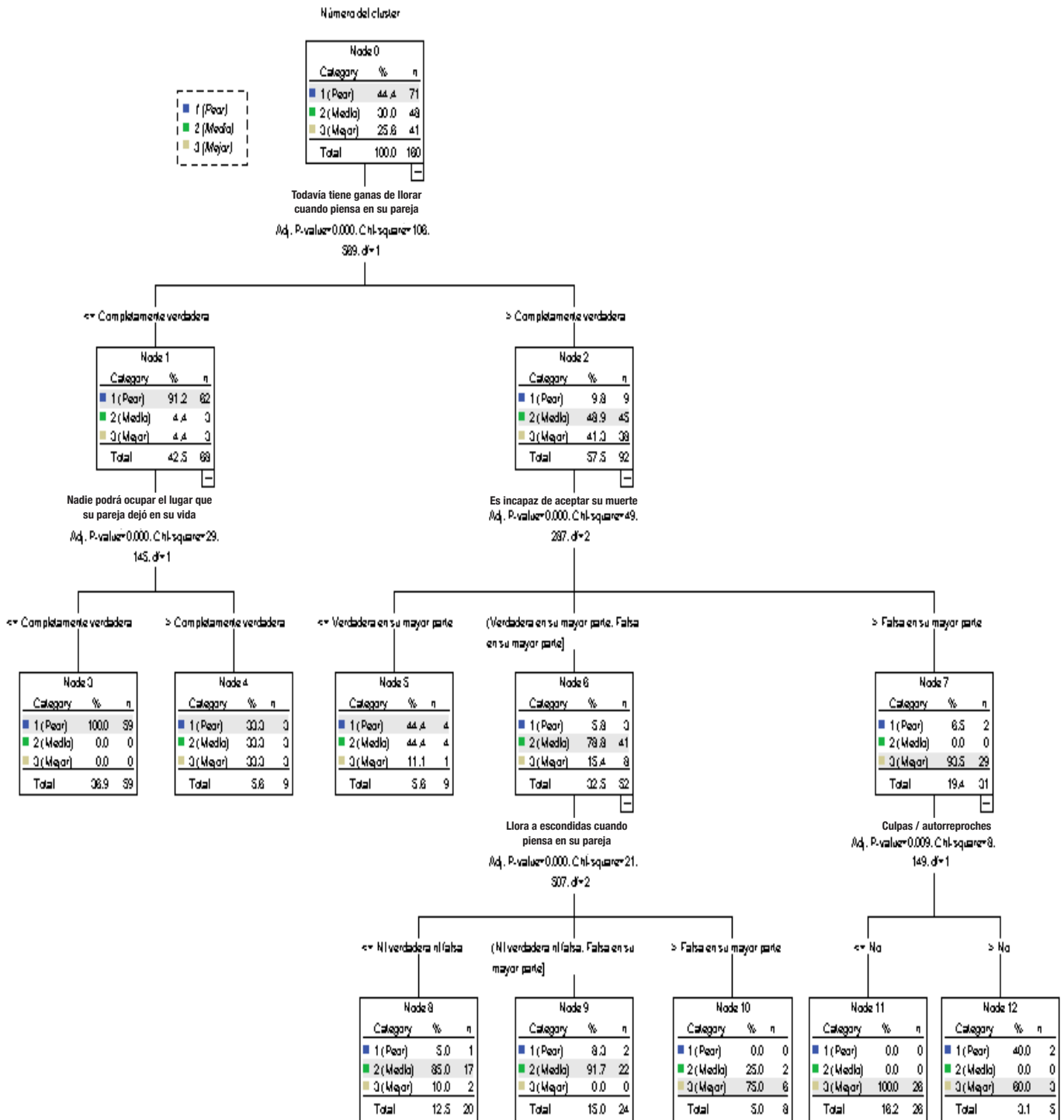
Ni los restantes datos generales (incluyendo APP), ni los resultados del nivel de riesgo en base al CRDC actúan como modificadores de riesgo de la clasificación lograda por los ítems del ITRD. Este árbol es capaz de clasificar bien al 87.5 % de los dolientes por el cluster al que pertenecen, particularmente al 93 % de los 71 casos del cluster 1, el 81.3 % de los 48 casos del cluster 2 y el 85.4 % de los 41 casos del cluster 3 (ver árbol en Figura 5). Como entre las variables predictivas se encuentra el CRDC y éste no fue contestado por dos dolientes, la unidad de análisis para este último árbol fue de 160 dolientes.

Tabla 28
Clasificación de las muestras según su diferenciación en evolución del duelo, por datos generales, CRDC y ITRD.

Reales observados	Pronóstico del nivel del doliente			Porcentaje correcto
	1 (Peor)	2 (Medio)	3 (Mejor)	
1 (Peor)	66	3	2	93.0 %
2 (Medio)	7	39	2	81.3 %
3 (Mejor)	4	2	35	85.4 %
Porcentaje total	48.1 %	27.5 %	24.4 %	87.5 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: Número del cluster (evolución del duelo)



Cuando se intenta establecer la relación entre los clusters formados por el ITRD y los resultados del CRDC esta asociación resulta altamente significativa y se destaca que:

- En el cluster 1 son mayores (peores) la media, la mediana (ambas por encima de 14 puntos), el mínimo y el máximo del total de las puntuaciones. En los clusters 2 y 3 estos valores son menores (mejores), por ejemplo, la media y la mediana están por debajo de 14 puntos. Consecuentemente, los dolientes con alto riesgo pertenecen en su mayoría al cluster 1 (62.1 %) y en minoría al cluster 3 (16.7 %), al cluster 2 pertenece una proporción intermedia de tales casos (21.2 %).
- Los casos con bajo riesgo de duelo complicado están más uniformemente distribuidos entre los 3 clusters, pero con ligera mayoría en el cluster 2.

El análisis multivariado entre variables generales, los ítems del CDRC y del ITRD, muestra que estas interacciones pueden identificar los clusters. Todas las variables que intervienen en el árbol son indicadores de ITRD y de sus propias interacciones (*todavía tiene ganas de llorar, nadie podrá ocupar el lugar que dejó en su vida, es incapaz de aceptar su muerte, llora a escondidas cuando piensa en su pareja, siente culpas o auto-reproches*) y cuando tales interacciones alcanzan valores mayores, se reduce la pertenencia al cluster 1 y se incrementa al cluster 3. Ninguno de los restantes datos generales (incluyendo APP) ni los resultados del CRDC actúan como modificadores del riesgo de la clasificación lograda por los ítems del ITRD, capaz de clasificar bien al 87.5 % de los dolientes por el cluster al que pertenecen (93 % de los 71 casos del cluster 1, el 81.3 % de los 48 casos del cluster 2 y el 85.4 % de los 41 casos del cluster 3).

Resultados del CRDC a los 14 meses de la pérdida. Comparación entre poblaciones

Como se ilustra en la Tabla 29, a los 14 meses se conserva en buena medida la muestra. Se perdieron en total 11 de 162 casos iniciales (6,8 %), la muestra final es de 151 dolientes. La merma es bastante similar por grupos poblacionales (6 canarios y 5 cubanos, 7,3 % y 6,3 %

de sus totales iniciales respectivos). Además, se distribuye equitativamente de acuerdo al género, habiéndolo comprobado a través de la técnica de Chi Cuadrado expuesta a continuación de la tabla que representa la merma experimental.

Tabla 29

Merma de casos en estudio final evolutivo, descripción por géneros.

PROCEDENCIA	GÉNERO	N	% DEL PAÍS DE PROCEDENCIA EN CADA MOMENTO
Muestra inicial (aplicación a los 3 meses): 2010-2011			
España (Gran Canaria)	Masculino	21	25,6 %
	Femenino	61	74,4 %
Sub-total España (Gran Canaria)		82	100,0 %
Cuba (La Habana)	Masculino	28	35,0 %
	Femenino	52	65,0 %
Sub-total Cuba (La Habana)		80	100,0 %
TOTAL DE MUESTRA INICIAL		162	
Muestra final (aplicación a los 14 meses): 2011-2012			
España (Gran Canaria)	Masculino	19	25,0 %
	Femenino	57	75,0 %
Sub-total España (Gran Canaria)		76	100,0 %
Cuba (La Habana)	Masculino	25	33,3 %
	Femenino	50	66,7 %
Sub-total Cuba (La Habana)		75	100,0 %
TOTAL DE MUESTRA FINAL		151	
Merma evolutiva de la muestra en estudio longitudinal			
España (Gran Canaria)	Masculino	2	2,4 %
	Femenino	4	4,9 %
Sub-total España (Gran Canaria)		6	7,3 %
Cuba (La Habana)	Masculino	3	3,8 %
	Femenino	2	2,5 %
Sub-total Cuba (La Habana)		5	6,3 %
MORTALIDAD EXPERIMENTAL		11	% GENERAL: 11/162 =
TOTAL			6,8 %

Tabla 30

Datos de las muestras inicial y final para significación de Chi cuadrado.

PAIS		MUESTRA		Total
		Inicial	Final	
España		82	76	158
	Cuba	80	75	155
Total		162	151	313

No existen diferencias significativas con $P > .05$ ($\text{Chi}^2 = 0.003$; 1 gl; $p = .960$) en la composición general de las muestras inicial y final de cada uno de los países. Por tanto las muestras, final e inicial, son equivalentes entre sí. No existen diferencias significativas con $P > .05$ ($\text{Chi}^2 = 0.008$; 1 gl; $p = .930$) en la distribución del género en la muestra inicial y final tomada en Gran Canaria, por tanto las muestras canarias, final e inicial, son equivalentes

entre sí. Tampoco existen diferencias significativas con $P > .05$ ($\text{Chi}^2 = 0.048$; 1 gl; $p = .827$) en la distribución del género en la muestra inicial y final tomada en La Habana, por tanto las muestras cubanas, final e inicial, son equivalentes entre sí.

En la Tabla 31 se resumen en primer lugar, los resultados del CRDC 14 meses después, ya dicotomizados en “bajo” o “alto” riesgo, y se comparan entre poblaciones. Si se compara con los resultados en la etapa de duelo temprano, a los 3 meses (ver Tabla 12) puede observarse que, en general, hay una reducción alentadora de los dolientes de alto riesgo en ambos países (de 41,3 % inicial al 29,8 %, 14 meses después). Se aprecia que los dolientes cubanos presentan una situación final significativamente mejor, porque reduce los casos de alto riesgo al 13,3 %, en los canarios se mantiene todavía un 46,1%.

Para completar el esquema de comparación de poblaciones en esta parte, se realiza para cada país, el análisis longitudinal (antes–después), con sendos tests de Mc-Nemar que se reflejan en la tabla 32. Puede observarse que en el caso de Gran Canaria, de 39 casos de alto riesgo según el CRDC a los 3 meses, 10 pasaron a bajo riesgo, pero de los 35 casos de bajo riesgo inicial, 6 elevaron su riesgo; por ello la evolución no es significativa ($p = 0,454$). En cambio, en La Habana, que presentaba ventajas iniciales (a los 3 meses), de los 22 casos de alto riesgo, 13 mostraron bajo riesgo 14 meses después, y de los 53 casos de bajo riesgo solo un caso empeoró, por lo que la evolución resultó significativamente alta ($p = 0,002$).

Tabla 31
Resumen del puntaje total del CRDC a los 14 meses por grupo poblacional de procedencia.

		Población de procedencia				Significac*
		España (Gran Canaria)	Cuba (La Habana)	Total		
Resumen puntaje CRDC 14 meses después	Bajo riesgo (0-14)	Cantidad % de país	41 53,9 %	65 86.7%	106 70.2%	0.000
	Alto riesgo (15 o superior)	Cantidad % de país	35 46,1 %	10 13.3%	45 29.8%	
Total		Cantidad % de país	76 100,0 %	75 100,0 %	151 100.0%	

* Sig. del test exacto de Fisher.

Tabla 32

Cambios en el CRDC después de 14 meses en ambas poblaciones.

Resumen de puntaje CRDC inicial.	Resumen puntaje de CRDC 14 meses después		Significación*
Gran Canaria	Bajo riesgo	Alto riesgo	0.454
Bajo riesgo	29	6	
Alto riesgo	10	29	
Resumen de puntaje CRDC inicial	Resumen puntaje de CRDC 14 meses después		Significación*
La Habana	Bajo riesgo	Alto riesgo	0.002
Bajo riesgo	52	1	
Alto riesgo	13	9	

* Sig. exacta del test de Mc-Nemar.

a. N = 74 en Gran Canaria a quienes no se les aplicó inicialmente el CRDC.

b. N= 75 en La Habana.

En realidad estos resultados no eran muy esperados, porque el CRDC depende en buena medida de datos generales que se pudieron mantener más estables. Por ello, resulta interesante investigar los detalles de cómo los ítems del cuestionario aportan a los cambios totales; ello se hace en las siguientes tablas de esta quinta parte del análisis.

El primer ítem del CRDC (Tabla 33) refiere la *cantidad de hijos menores de 14 años convivientes* con el doliente. A los 3 meses del fallecimiento del cónyuge, La Habana tenía un número mayor, mostrando diferencias significativas, respecto a Gran Canaria (ver tabla 11), y a los 14 meses de la pérdida, esta diferencia se acentúa hasta ser altamente significativa ($p=0,017$). En los dolientes de Gran Canaria, se redujeron en número de dos, estas cantidades, y no se incrementaron, por lo cual el cambio en este país no fue significativo ($p=0,244$). En los dolientes cubanos el número de hijos menores de 14 años se redujo en uno y tampoco se incrementó significativamente. Estos cambios ligeros explican un cierto incremento de la diferencia entre países a favor de los dolientes de La Habana, pero es de esperar, que por sí solo, este aspecto no deba ser el determinante en el cambio total del CRDC y sus diferencias entre países.

Tabla 33

Cambio en el CRDC 14 meses después: cantidad de hijos convivientes menores de 14 años.

CANTIDAD DE HIJOS MENORES DE 14 AÑOS EN CASA (A LOS 14 MESES) (Item 1)		Grupo de procedencia			Significación*
		G. Canaria	La Habana	Total	
Ninguno	Cantidad	73	64	137	0.017
	% de esa población	96.1 %	85.3 %	90.7%	
Uno	Cantidad	3	8	11	IC=(0.014, 0.021)
	% de esa población	3.9 %	10.7 %	7.3%	
Dos	Cantidad	0	3	3	
	% de esa población	0.0 %	4.0 %	2.0%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 34

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 1) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Cantidad de hijos menores de 14 años en casa a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	2 ^a	1.50	0.244
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	72 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Cantidad de hijos menores de 14 años en casa a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	1.00	IC=(0.485, 0.510)
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	74 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" es mejor, menos riesgo).
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

Se investigó la *clase social/ocupacional relativa a quién aporta más ingresos a la familia*, en un sentido ordinal. Con respecto a este segundo ítem del CDRC (tabla 35) recordemos que al inicio de la investigación, La Habana presentaba también ventajas en este indicador por un predominio de personas que sustentan con categoría profesional o al menos técnicos medios (ver tabla 11). Se muestra en la tabla 35 que un año después, tres de los dolientes canarios mejoraron su sustento de acuerdo a esta variable y en La Habana, todos se mantuvieron en el mismo orden. De cualquier manera, el cambio en Gran Canaria tampoco resultó suficientemente significativo ($p= 0,252$) y se mantiene la diferencia final favorable a La Habana en este ítem.

Tabla 35

Cambio en el CRDC 14 meses después: clase social/ocupacional de quien más ingresos aporta.

CLASE SOCIAL/OCUPACIONAL DE QUIEN MÁS INGRESOS APORTA (A LOS 14 MESES) (Item 2).		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	Total	
Profesional (carrera superior)	Cantidad	6	41	47	0.000
	% de esa población	7.9 %	54.7 %	31.1%	
Técnico medio (carrera media)	Cantidad	6	14	20	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	7.9 %	18.7 %	13.2%	
Oficinista o personal administrativo	Cantidad	10	1	11	7.3%
	% de esa población	13.2 %	1.3 %	7.3%	
Obrero cualificado (tener oficio)	Cantidad	41	15	56	37.1%
	% de esa población	53.9 %	20.0 %	37.1%	
Obrero semicualificado (peón especializado)	Cantidad	6	2	8	5.3%
	% de esa población	7.9 %	2.7 %	5.3%	
Obrero no cualificado (peón o ayudante)	Cantidad	7	2	9	60%
	% de esa población	9.2 %	2.7 %	60%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 36

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 2) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Clase social/ocupacional de quien más ingresos aporta a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	3 ^a	2.00	IC=(0.241, 0.263)
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	71 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Clase social/ocupacional de quien más ingresos aporta a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	IC=(0.485, 0.510)
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	75 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon

- a. Después < Inicial ("menor" es mejor, menos riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

De forma similar ocurre con el tercer ítem (tabla 37): *empleo previsto fuera del hogar*. La ventaja inicial en los cubanos (ver Tabla 11) se mantiene a los 14 meses. Véase que hay cambios en cada uno de los grupos, pero ninguno es suficientemente significativo. La tabla 39 muestra los resultados del cuarto ítem: *aferramiento a la pareja*. A los 14 meses aparecen diferencias altamente significativas entre los dos grupos en esta variable, que no existían antes (ver tabla 11). La evolución a los 14 meses es altamente significativa, con mayor aferramiento a su pareja en canarios.

Tabla 37

Cambio en el CRDC a los 14 meses: empleo previsto del doliente fuera del hogar.

EMPLEO PREVISTO DEL DOLIENTE FUERA DEL HOGAR (A LOS 14 MESES) (Ítem 3)		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	Total	
A tiempo completo	Cantidad	10	24	34	0.000
	% de esa población	13.2 %	32.0 %	22.5%	
A tiempo parcial	Cantidad	3	8	11	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	3.9 %	10.7 %	7.3%	
Jubilado(a)	Cantidad	27	27	54	35.8%
	% de esa población	35.5 %	36.0 %	35.8%	
Solamente trabaja en casa	Cantidad	32	16	48	31.8%
	% de esa población	42.1 %	21.3 %	31.8%	
Parado(a) de licencia prolongada	Cantidad	4	0	4	2.6%
	% de esa población	5.3 %	0-0 %	2.6%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 38

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 3) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Empleo previsto del doliente fuera del hogar a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	7 ^a	6.79	0.943
	Rangos positivos	6 ^b	7.25	
	Empates	61 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Empleo previsto del doliente fuera del hogar a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	8 ^a	25.00	0.498
	Rangos positivos	7 ^b	0.00	
	Empates	26 ^c		
	Total	75		

Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" es mejor, empleo más estable, menos riesgo).
- b. Después > Inicial ("mayor" es peor, empleo menos estable, más riesgo).
- c. Después = Inicial

Tabla 39

Cambios en el CRDC a los 14 meses: aferramiento a la pareja.

AFERRAMIENTO A LA PAREJA FALLECIDA (A LOS 14 MESES) (Ítem 4).		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	Total	
Nunca	Cantidad	31	43	74	0.007
	% de esa población	40.8 %	57.3 %	49.04%	
Raramente	Cantidad	25	26	51	IC=(0.005, 0.009)
	% de esa población	32.9 %	34.7 %	33.8%	
Moderadamente	Cantidad	14	6	20	13.2%
	% de esa población	18.4 %	8.0 %	13.2%	
Frecuentemente	Cantidad	6	0	6	4.0%
	% de esa población	7.9 %	0.0 %	4.0%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 40

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 4) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Se aferra a su pareja fallecida a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	24 ^a	17.35	0.010 IC=(0.008, 0.013)
	Rangos positivos	9 ^b	16.06	
	Empates	41 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Se aferra a su pareja fallecida a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	49 ^a	25.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	25 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" es mejor, menos aferramiento, menos riesgo)

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

Algo similar se muestra en la tabla 41 sobre el quinto ítem, la existencia de *enfado*. A los 3 meses, no existían diferencias significativas entre ambos grupos (ver tabla 11). Ya a los 14 meses, aparecen diferencias significativas a favor de los dolientes de La Habana: el 98,7 % no expresa enfado, mientras que en Gran Canaria hay un 22,4 % que todavía expresa leve o moderada irritabilidad. En ambas poblaciones se muestra una evolución positiva de este indicador (altamente significativa y significativa respectivamente).

Tabla 41

Cambios en el CDRC a los 14 meses: existencia de enfado.

EXISTE ENFADO? (A LOS 14 MESES) (Ítem 5).		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	Total	
No (o lo normal)	Cantidad	59	74	133	0.000
	% de esa población	77.6 %	98.7 %	88.1%	
Leve irritabilidad	Cantidad	13	1	14	IC=(0.000, 0.001)
	% de esa población	17.1 %	1.3 %	9.3%	
Moderada irritabilidad: arrebatos ocasionales	Cantidad	4	0	4	
	% de esa población	5.3 %	0.0 %	2.6%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 42

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (Ítem 5) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Existe enfado a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	18 ^a	13.42	0.029 IC=(0.025, 0.034)
	Rangos positivos	7 ^b	11.93	
	Empates	49 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Existe enfado a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	19 ^a	10.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	56 ^c		
	Total	75		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" es mejor, menos riesgo)

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

También ocurre algo similar, aunque menos marcado, con el ítem que se refiere a los *sentimientos de culpa o auto-reproches*, resultados que se reflejan en la tabla 43. Inicialmente no había diferencias entre las dos poblaciones (ver tabla 11) y continua sin haber diferencias significativas 14 meses después, pero ahora los dolientes cubanos redujeron la existencia de tales sentimientos al 96 %. Gran Canaria tuvo avances, pero no representan una evolución significativa. En La Habana hubo más cambios, que el test de Wilcoxon considera como muy significativos ($p=0,000$).

Tabla 43

Cambios en el CRDC a los 14 meses: culpas y auto-reproches.

CULPAS/AUTORREPROCHES (A LOS 14 MESES) (ítem 6).		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	Total	
No	Cantidad	66	72	138	0.071
	% de esa población	86.8 %	96.0 %	91.4%	
Leves: vagos y generales	Cantidad	9	3	12	IC=(0.064, 0.078)
	% de esa población	11.8 %	4.0 %	7.9%	
Moderados: algún autorreproche claro	Cantidad	1	0	1	0.7%
	% de esa población	1.3 %	0.0 %		
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 44

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 6) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Culpas/auto-reproches a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	9 ^a	7.22	0.0214 IC=(0.203, 0.224)
	Rangos positivos	4 ^b	6.50	
	Empates	61 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Culpas/auto-reproches a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	13 ^a	7.00	0.000 IC=(0.000, 0.001)
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	62 ^c		
	Total	75		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" es mejor, menos riesgo),

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

Cuando los dolientes evalúan el ítem 7 del CRDC que se refiere a sus *relaciones actuales* 14 meses después (tabla 45), aparecen diferencias significativas entre las dos poblaciones que a los 3 meses no eran significativas (ver tabla 11). Gran Canaria muestra ventajas en las tablas de contingencia respectivas. Además, en el análisis del proceso evolutivo, hay 11 dolientes canarios que mejoran y solo 9 empeoran (no existen cambios significativos), pero entre los cubanos sólo 5 mejoran y 4 que empeoran, con cambios aún menos significativos.

Tabla 45

Cambio en el CRDC 14 meses después: relaciones actuales.

RELACIONES ACTUALES (A LOS 14 MESES) (ítem 7)		Grupo de procedencia			Signific.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Relación muy estrecha con otra persona	Cantidad	2	4	6	0.033
	% de esa población	2.6 %	5.3 %	4.0%	
Afecto de otra persona que le apoya y expresa sentimientos	Cantidad	65	48	113	IC=(0.028, 0.037)
	% de esa población	85.5 %	64.0 %	74.8%	
Afecto de familia, pero vive a distancia	Cantidad	4	12	16	0.037)
	% de esa población	5.3 %	16.0 %	10.6%	
Dudosas	Cantidad	1	7	8	
	% de esa población	1.3 %	9.3 %	5.3%	
Ninguna de las anteriores	Cantidad	4	4	8	
	% de esa población	5.3 %	5.3 %	5.3%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 46

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 7) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Relaciones actuales a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	11 ^a	10.50	0.713 IC=(0.701, 0.725)
	Rangos positivos	9 ^b	10.50	
	Empates	54 ^c		
	Total	74		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Relaciones actuales a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	5 ^a	4.00	0.834 IC=(0.825, 0.844)
	Rangos positivos	4 ^b	6.25	
	Empates	66 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor es mejor, menos riesgo).

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

El octavo y último ítem del CDRC que trata sobre cómo *piensa el doliente que se las arreglará*, se refleja 14 meses después en la tabla 47 y se puede comparar con los resultados iniciales (ver tabla 11). Obsérvese, en particular, que originalmente no había diferencias entre los dos grupos poblacionales, considerando ambos grupos que esperaban recuperarse bien, sin ayuda especial, pero finalmente aparecieron diferencias de forma altamente significativa. Además la prueba de Wilcoxon antes-después no refleja cambios significativos en Gran Canaria (12 casos mejoran y 8 empeoran); pero sí se reflejan cambios altamente significativos en La Habana, donde 28 mejoran y ninguno empeora. Este es un ítem importante que de alguna manera se relaciona directamente con la vivencia de la resolución del duelo, de la elaboración de la pérdida.

Tabla 47

Cambio en el CRDC 14 meses después: cómo piensa que se las arreglará.

COMO PIENSA QUE SE LAS ARREGLARA (A LOS 14 MESES) (Ítem 8)		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	Total	
Bien: duelo normal y recuperación sin ayuda especial	Cantidad	56	74	130	0.000
	% de esa población	73.7 %	98.7 %	86.1%	
Regular; pero probablemente se las arregle sin ayuda especial	Cantidad	14	1	15	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	18.4 %	1.3 %	9.9%	
Tiene dudas: puede que necesite ayuda especial	Cantidad	5	0	5	3.3%
	% de esa población	6.6 %	0.0 %		
Malamente: requiere ayuda Especial	Cantidad	1	0	1	0.7%
	% de esa población	1.3 %	0.0 %		
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 48

Rangos según el test de Wilcoxon inicial-después (ítem 8) en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Cómo piensa que se las arreglará a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	12 ^a	10.17	0.588
	Rangos positivos	8 ^b	11.00	
	Empates	54 ^c		IC=(0.575,
	Total	74		0.600)
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Cómo piensa que se las arreglará a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	28 ^a	14.50	0.000
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	IC=(0.000,
	Empates	47 ^c		0.000)
	Total	75		

*Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" es mejor, menos riesgo).
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

O sea, los dolientes de La Habana mantienen ventajas en el primer ítem referente al riesgo por el *número de hijos en casa*; pero ninguno de las dos poblaciones tuvo cambios significativos al respecto. Los dolientes cubanos también sostuvieron su ventaja en el ítem 2 (*clase social/ocupacional de quien más ingresos aporta*) y el ítem 3 (*empleo previsto del doliente fuera del hogar*). En ninguno de ellos existió evolución significativa entre los 3 y los 14 meses posteriores a la pérdida, pero desde el inicio, estos ítems habían sido determinantes en las relaciones de interacción con otros aspectos del CRDC. Por otra parte, queda claro que, en el orden individual de las variables o ítems del CRDC, los dolientes cubanos muestran finalmente mejoría evolutiva en las siguientes: ítem 4 (*aferramiento a la pareja*), ítem 5 (*existencia de enfado*), ítem 6 (*sentimientos de culpa o auto-reproches*) e ítem 8 (*cómo piensa el doliente que se las arreglará*). En cambio, los dolientes canarios muestran cambios ventajosos en *sus relaciones actuales* (ítem 7).

Queda finalmente analizar las posibles interacciones entre estas variables en la diferenciación de los dos grupos, lo cual se hace con el árbol de decisión que se muestra en la Figura 6 y que en buena medida ratifica los resultados iniciales (ver figura 3). Obsérvese que a los 14 meses, las variables que más determinan en la diferenciación siguen siendo la *clase*

social/ocupacional de quien sustenta económicamente el hogar y en interacción con ella el empleo previsto del doliente fuera del hogar.

Para interpretar correctamente el árbol, téngase presente que de acuerdo a la operacionalización ordinal de las variables, para la categoría ocupacional: “<=Técnico medio” significa ser técnico medio o superior (menos riesgo) y para la variable: empleo “<= A tiempo parcial” significa empleo a tiempo parcial o completo (menos riesgo). Estas dos variables determinan en su interacción las diferencias entre las dos poblaciones con un 78,8 % de buena clasificación, ligeramente superior a la relativa a los tres meses (76,3%), y con una cierta ventaja de mejor clasificación final en Gran Canaria.

En esta quinta parte del análisis, al comparar con los resultados en la etapa de duelo temprano, a los 3 meses, se observa una reducción alentadora de los dolientes de alto riesgo en ambas poblaciones. Los dolientes cubanos presentan una situación final significativamente mejor, al reducir más los casos de riesgo, por lo general, sostuvieron su ventaja inicial en comparación con canarios, o tuvieron una mejora evolutiva individualmente en muchos de los ítems, mientras que los canarios solo la tuvieron en sus relaciones actuales.

Finalmente, al analizar las posibles interacciones entre estas variables en la diferenciación de los dos grupos poblacionales con un árbol de decisión, se ratifican los resultados iniciales. A los 14 meses, las variables que más determinan en la diferenciación siguen siendo la *clase social/ocupacional de quien sustenta económicamente el hogar y en interacción con ella el empleo previsto del doliente fuera del hogar*. Estas dos variables determinan en su interacción las diferencias entre poblaciones con un 78,8 % de buena clasificación, ligeramente superior a la conseguida a los tres meses (76,3%), y con una cierta ventaja de mejor clasificación final en Gran Canaria.

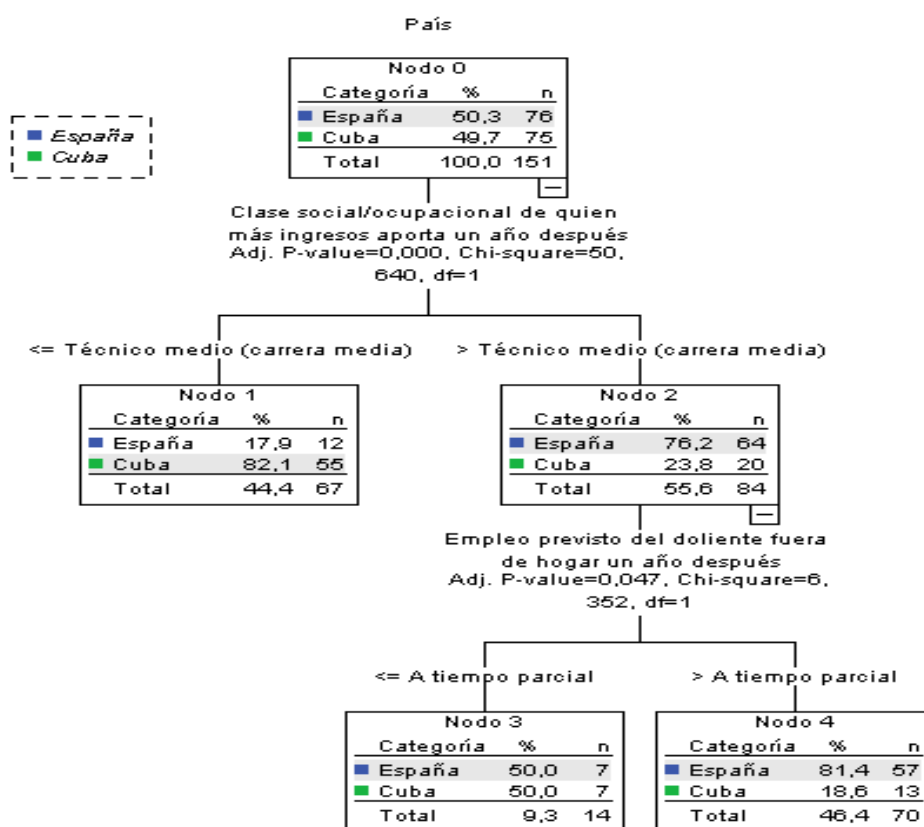


Figura 6
Distinción multivariada según variables del CRDC entre las 2 poblaciones a los 14 meses de la pérdida.

Tabla 49
Clasificación de las muestras según su diferenciación en el CRDC en duelo tardío.

Reales observados	Reconocimiento del grupo poblacional de dolientes por el árbol del CRDC		
	Gran Canaria	La Habana	Porcentaje correcto
Gran Canaria	64	12	84.2 %
La Habana	21	55	73.3 %
Porcentaje total	55.6 %	44.4 %	78.8 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: Grupo poblacional de procedencia de los dolientes

Resultados del ITRD en sus dos partes, a los 14 meses de la pérdida. Comparación entre ambas poblaciones.

En la tabla 50 se resumen los resultados de la primera parte del ITRD aplicado a los dolientes a los 14 meses del fallecimiento de la pareja y su comparación por grupos poblacionales de procedencia. Recordemos que todos los ítems del ITRD y su total fueron evaluados en una escala ordinal y se midió de manera inversa, tal que a mayor puntuación, menor riesgo. Al cabo de 14 meses después, se ratifican resultados mostrados inicialmente (tabla 15) con pérdida de las ligeras ventajas que se veían en los dolientes de Gran Canaria. En efecto, desde el punto de vista de las estadísticas descriptivas, ninguno de los dos grupos mantiene ventajas un año después ($p= 0,992$), pero los tests de Wilcoxon muestran que en Gran Canaria hay diferencias significativas, con 42 casos que aumentan el riesgo, mientras que en cubanos no se observan cambios.

Tabla 50

Puntuación resumen del ITRD - I, a los 14 meses: comparación entre poblaciones.

Grupo poblacional	N	Media	Desv. Est.	Mediana	Mínimo	Máximo	Significación*
Gran Canaria	76	23.55	6.973	23.00	10	40	0.992
Cuba	75	23.63	6.896	23.00	8	40	IC=(0.990,
TOTAL	151	23.59	6.912	23.00	8	40	0.995)

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 51

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I a los 14 meses en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Total ITRD- I a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	42 ^a	34.67	0.045 IC=(0.039, 0.050)
	Rangos positivos	25 ^b	32.88	
	Empates	9 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Total ITRD- I a los 14 meses (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	1.0
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	75 ^c		
	Total	75		

*Sig. para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" es incremento del riesgo)
- Después > Inicial
- Después = Inicial

Sin embargo, cuando se analiza cada uno de los 8 ítems del ITRD- I, aparecen algunas diferencias entre grupos poblacionales y también desde el punto de vista evolutivo (en el seguimiento a los 14 meses). Los cambios favorecen a uno u otro grupo, y finalmente se “compensan”, como antes se refleja. Por otra parte, los detalles de los ítems pudieran ser importantes para orientar como evoluciona el duelo en cada población, por lo que se decide procesar las comparaciones de dichos ítems.

En la tabla 52 se muestran los resultados del primer ítem del ITRD- I: *trabajo que pudiera costarle al doliente el establecer algunas relaciones personales*. Inicialmente (ver tabla 14) no existían diferencias entre ambas poblaciones. Sin embargo, a los 14 meses aparecen en forma significativa a favor de los dolientes cubanos. Los cambios evolutivos fueron significativamente desfavorables en Gran Canaria, no así en La Habana.

Tabla 52
Resultados del cambio en ítem 1 del ITRD- I: entre poblaciones.

TRAS SU MUERTE LE COSTABA RELACIONARSE CON ALGUNAS PERSONAS (A LOS 14 MESES) (Ítem 1)		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	26	9	35	0.012
	% de esa población	34.2 %	12.0 %	23.2%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	21	21	42	IC=(0.010,
	% de esa población	27.6 %	28.0 %	27.8%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	9	23	32	0.015)
	% de esa población	11.8 %	30.7 %	21.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	7	9	16	
	% de esa población	9.2 %	12.0 %	10.6%	
Completamente falsa	Cantidad	12	13	25	
	% de esa población	17.1 %	17.3 %	17.2%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 53

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 1 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte le costaba relacionarse con algunas personas (después-inicial)	Rangos negativos	33 ^a	23.85	0.000
	Rangos positivos	10 ^b	15.85	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	33 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte le costaba relacionarse con algunas personas (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	1.0
	Rangos positivos	0 ^b	0.00	
	Empates	75 ^c		
	Total	75		

* Sig. para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

En la tabla 54 se brindan resultados sobre el ítem: *se le dificultaba concentrarse en el trabajo*. Inicialmente, los cubanos presentaban una situación significativamente mejor (ver tabla 14), pero a los 14 meses esta diferencia pasó a no mostrar diferencias significativas entre las muestras. En Gran Canaria hubo una tendencia altamente significativa a la mejoría con 42 casos que redujeron esa expresión y solo 8 incrementaron, 13 dolientes cubanos aumentaron este indicador y 30 lo redujeron, cambio también significativo, pero en un sentido inverso.

Tabla 54

Resultados del cambio en ítem 2 del ITRD- I: entre poblaciones.

TRAS SU MUERTE LE COSTABA CONCENTRARSE EN SU TRABAJO (A LOS 14 MESES) (Ítem 2)		Grupo de procedencia			Significac. *
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	14	9	23	0.073
	% de esa población	18.4 %	12.0 %	15.2%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	12	21	33	IC=(0.066, 0.080)
	% de esa población	15.8 %	28.0 %	21.9%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	9	23	32	
	% de esa población	11.8 %	30.7 %	21.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	14	9	23	
	% de esa población	18.4 %	12.0 %	15.2%	
Completamente falsa	Cantidad	27	13	40	
	% de esa población	35.5 %	17.3 %	26.5%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 55

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, en ítem 2 en ITRD-I en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte le costaba concentrarse en su trabajo (después-inicial)	Rangos negativos	8 ^a	18.25	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	42 ^b	26.88	
	Empates	26 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte le costaba concentrarse en su trabajo (después-inicial)	Rangos negativos	13 ^a	22,54	0.024 IC=(0.020, 0.028)
	Rangos positivos	30 ^b	21.77	
	Empates	32 ^c		
	Total	75		

* Sig. para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

La tabla 56 muestra los resultados del ítem 3: *pérdida de interés en la familia, los amigos y las actividades*. Originalmente, los canarios presentaban ventajas (ver tabla 14) y al cabo de 14 meses, los dolientes de ambas poblaciones tuvieron tendencia significativa hacia valores desfavorables: 39 canarios y 13 cubanos. Es realmente un ítem crítico que apenas se modificó durante el transcurso del duelo.

Tabla 56

Resultados del cambio en ítem 3 del ITRD-I: entre poblaciones.

TRAS SU MUERTE PERDIÓ INTERÉS EN FAMILIA, AMIGOS Y ACTIVIDADES (A LOS 14 MESES) (Ítem 3)		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	11	13	24	0.007
	% de esa población	14.5 %	17.3 %	15.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	14	29	43	IC=(0.005, 0.009)
	% de esa población	18.4 %	38.7 %	28.5%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	20	15	35	
	% de esa población	26.3 %	20.0 %	23.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	9	10	19	
	% de esa población	11.8 %	13.3 %	12.6%	
Completamente falsa	Cantidad	22	8	30	
	% de esa población	28.9 %	10.7 %	19.9%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 57

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 3 en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte perdió interés en familia, amigos y actividades (después-inicial)	Rangos negativos	39 ^a	28.03	0.013 IC=(0.010, 0.016)
	Rangos positivos	17 ^b	29.59	
	Empates	20 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte perdió interés en familia, amigos y actividades (después-inicial)	Rangos negativos	13 ^a	27,60	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	30 ^b	24.96	
	Empates	32 ^c		
	Total	75		

*Sig. para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- Después > Inicial
- Después = Inicial

En la tabla 58 aparecen los resultados del ítem 4: *necesidad de hacer las cosas que su pareja hubiera querido hacer*. Originalmente no había diferencias significativas entre poblaciones, las opiniones de los dolientes se agrupaban alrededor de valores extremos o medios (ver tabla 14). A los 14 meses ocurre algo parecido, el test de Wilcoxon en cada población refleja cierta equivalencia del número de casos que empeoran, mejoran o se mantienen. Algo similar ocurre con el ítem 5: *irritabilidad*, originalmente sin diferencias significativas (ver tabla 14); tampoco aparecen después, según se muestra en la tabla 60. Los cambios en cada grupo no fueron tampoco significativos en este indicador.

Tabla 58

Resultados del cambio en ítem 4 del ITRD-I: entre poblaciones.

TENÍA LA NECESIDAD DE HACER LAS COSAS QUE SU PAREJA HABÍA QUERIDO HACER (A LOS 14 MESES) (Ítem 4)		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	13	2	15	0.393
	% de esa población	17.1 %	2.7 %	9.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	20	20	40	IC=(0.381, 0.406)
	% de esa población	26.3%	26.7 %	26.5%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	11	24	35	23.2%
	% de esa población	14.5 %	32.0 %		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	10	13	23	15.2%
	% de esa población	13.2 %	17.3 %		
Completamente falsa	Cantidad	22	16	38	25.2%
	% de esa población	28.9 %	21.3 %		
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 59

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 4 en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Tenía la necesidad de hacer las cosas que su pareja había querido hacer (después-inicial)	Rangos negativos	24 ^a	26.06	0.913 IC=(0.906, 0.921)
	Rangos positivos	26 ^b	24.98	
	Empates	26 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Tenía la necesidad de hacer las cosas que su pareja había querido hacer (después-inicial)	Rangos negativos	28 ^a	21.96	0.253 IC=(0.242, 0.264)
	Rangos positivos	26 ^b	33.46	
	Empates	21 ^c		
	Total	75		

*Sig. para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- Después > Inicial
- Después = Inicial

Tabla 60

Resultados del cambio en ítem 5 del ITRD-I: entre poblaciones.

DESPUÉS DE SU MUERTE ESTABA MÁS IRRITABLE DE LO NORMAL (A LOS 14 MESES) (ítem 5)		Grupo de procedencia			
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	Signific*
Completamente verdadera	Cantidad	15	6	21	0.478
	% de esa población	19.7 %	8.0 %	13.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	18	17	35	IC=0.456, 0.491)
	% de esa población	23.7 %	22.7 %	23.2%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	17	27	44	29.1%
	% de esa población	22.4 %	36.0 %	29.1%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	11	19	30	19.9%
	% de esa población	14.5 %	25.3 %	19.9%	
Completamente falsa	Cantidad	15	6	21	13.9
	% de esa población	19.7 %	8.0 %	13.9	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 61

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 5 en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Después de su muerte estaba Irritable de lo normal (después-inicial)	Rangos negativos	33 ^a	28.41	0.371 IC=(0.359, 0.384)
	Rangos positivos	24 ^b	29.81	
	Empates	19 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Después de su muerte estaba Irritable de lo normal (después-inicial)	Rangos negativos	20 ^a	32.30	0.680 IC=(0.668, 0.692)
	Rangos positivos	32 ^b	22.88	
	Empates	23 ^c		
	Total	75		

* Sig. para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- Después > Inicial
- Después = Inicial

La tabla 62 muestra los resultados del ítem 6: *si el doliente sentía en los primeros meses incapacidad para realizar actividades habituales*. Originalmente no habían diferencias significativas entre poblaciones (ver tabla 14), pero a los 14 meses aparecen diferencias significativas a favor de los canarios: 42 casos reducen esta expresión. No se observan cambios significativos en cubanos, donde se observa equilibrio de mejorías y retrocesos.

Tabla 62
Resultados del cambio en ítem 6 del ITRD-I, entre poblaciones.

EN LOS TRES PRIMEROS MESES SE SENTÍA INCAPAZ DE REALIZAR ACTIVIDADES HABITUALES (A LOS 14 MESES) (Ítem 6)		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	5	8	13	0.000
	% de esa población	6.6 %	10.7 %	8.6%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	7	20	27	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	9.2 %	26.7 %	17.9%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	9	24	33	
	% de esa población	11.8 %	32.0 %	21.9%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	15	10	25	
	% de esa población	19.7 %	13.3 %	16.6%	
Completamente falsa	Cantidad	40	13	53	
	% de esa población	52.6 %	17.3 %	35.1%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 63
Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 6 en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
En los tres primeros meses se sentía incapaz de realizar actividades habituales (después-inicial)	Rangos negativos	15 ^a	25.20	0.000 IC=(0.000, 0.001)
	Rangos positivos	42 ^b	30.36	
	Empates	19 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
En los tres primeros meses se sentía incapaz de realizar actividades habituales (después-inicial)	Rangos negativos	15 ^a	15.37	0.723 IC=(0.711, 0.734)
	Rangos positivos	16 ^b	16.59	
	Empates	44 ^c		
	Total	75		

* Sig. para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

Una situación un poco inversa se muestra en la tabla 64 con relación al ítem 7: *si se sentía furioso por haber sido abandonado con la muerte del cónyuge*. Inicialmente no había diferencias significativas entre los dolientes de ambas poblaciones, pero se advertían resultados favorables a los canarios (ver tabla 14); pero un año después se invierte esta situación y aparecen diferencias altamente significativas a favor de los cubanos. Los tests de Wilcoxon ayudan a comprender estos cambios.

Tabla 64
Resultados del cambio en ítem 7 del ITRD-I: entre poblaciones.

SE SENTÍA FURIOSO(A) POR HABER SIDO ABANDONADO(A) (A LOS 14 MESES) (Ítem 7)		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	35	6	41	0.000
	% de esa población	46.1 %	8.0 %	27.2%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	19	25	44	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	25.0 %	33.3 %	29.1%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	8	21	29	19.2%
	% de esa población	10.5 %	28.0 %	19.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	4	11	15	9.9%
	% de esa población	5.3 %	14.7 %	9.9%	
Completamente falsa	Cantidad	10	12	22	14.6%
	% de esa población	13.2 %	16.0 %	14.6%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 65
Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 7 en ambas poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Se sentía furioso(a) por haber sido abandonado(a) (después-inicial)	Rangos negativos	55 ^a	31.70	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	6 ^b	24.58	
	Empates	15 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Se sentía furioso(a) por haber sido abandonado(a) (después-inicial)	Rangos negativos	43 ^a	25.84	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	6 ^b	19.00	
	Empates	26 ^c		
	Total	75		

* Sig. para el test de Wilcoxon .

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

El octavo y último ítem de la Parte I del ITRD, que se refería a *si tras la muerte del cónyuge, le costaba trabajo dormir*, se muestra al cabo de 14 meses en la tabla . Tal indicador, inicialmente, no presentaba diferencias significativas entre poblaciones, la mayoría

las recordaba como completamente verdadera o verdadera en su mayor parte (ver tabla 14). Sin embargo, a los 14 meses de la pérdida aparecen diferencias altamente significativas a favor de dolientes cubanos que reducen estas categorías. Los tests de Wilcoxon en cada país evidencian que en Gran Canaria no hubo cambios significativos, como si ocurrió en La Habana, de forma favorable.

Tabla 66

Resultados del cambio en ítem 8 del ITRD-I: entre poblaciones.

TRAS SU MUERTE LE COSTABA TRABAJO DORMIR (A LOS 14 MESES) (Ítem 8)		Grupo de procedencia			
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	Significac*
Completamente verdadera	Cantidad	29	4	33	0.000
	% de esa población	38.2 %	5.3 %	21.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	17	4	21	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	22.4 %	5.3 %	13.9%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	17	26	43	28.5%
	% de esa población	22.4 %	34.7 %	28.5%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	4	22	26	17.2%
	% de esa población	5.3 %	29.3 %	17.2%	
Completamente falsa	Cantidad	9	19	28	18.5%
	% de esa población	11.8 %	25.3 %	18.5%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 67

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-I, ítem 8 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte le costaba trabajo dormir (después-inicial)	Rangos negativos	19 ^a	20.92	0.244 IC=(0.233, 0.255)
	Rangos positivos	25 ^b	23.70	
	Empates	32 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Tras su muerte le costaba trabajo dormir (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	11.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	56 ^b	29.32	
	Empates	18 ^c		
	Total	75		

* Sig. para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- Después > Inicial
- Después = Inicial.

Los esquemas de comparación de poblaciones a nivel de ítems del ITRD-I (referencias al pasado) muestran los resultados siguientes:

Tabla 68

Comparación de poblaciones a nivel de ítems del ITRD-I (referencias del pasado) en ambas poblaciones.

ÍTEM	COMPARACIÓN INICIAL (A LOS 3 MESES) ENTRE POBLACIONES	COMPARACIÓN 14 MESES DESPUÉS ENTRE POBLACIONES	EVOLUCIÓN DE DOLIENTES DE CANARIAS	EVOLUCIÓN DE DOLIENTES DE LA HABANA
1 Trabajo para relacionarse con personas	No dif. significativas	Dif. significativas favorables a cubanos	Cambios significativos, tendencia a empeoramiento	No hay cambios significativos
2 Dificultades para concentrarse en el trabajo	Dif. significativas favorables a cubanos	No dif. significativas	Cambios significativos, tendencia a mejoría	Cambios significativos, tendencia a mejoría, pero muchos casos empeoran
3 Pérdida de interés en familia, amigos y actividades	Dif. significativas favorables a canarios	Dif. altamente significativas favorables a canarios	Cambios significativos, tendencia a empeoramiento	Cambios significativos, tendencia más alta a empeorar
4 Necesidad de hacer cosas que su pareja hubiera querido hacer	No dif. significativas	No dif. significativas	Cambios no significativos, mejorías y empeoramientos equilibrados	Cambios no significativos, mejorías y empeoramientos equilibrados
5 Irritabilidad más allá de lo normal	No dif. significativas	No dif. significativas	Cambios no significativos, mejorías y empeoramientos equilibrados	Cambios no significativos, mejorías y empeoramientos equilibrados
6 Sentimiento de incapacidad para realizar actividades habituales	No dif. significativas	Dif. altamente significativas favorables a canarios	Cambios altamente significativos, tendencia a mejoría	Cambios no significativos, mejorías y empeoramientos equilibrados
7. Se sentía furioso por considerarse abandonado	No dif. significativas	Dif. altamente significativas favorables a los cubanos	Cambios altamente significativos, tendencia marcada a empeoramiento	Cambios altamente significativos, tendencia a empeoramiento; pero menos marcada
8 Recuerdos sobre si le costaba trabajo dormir	No dif. significativas	Dif. altamente significativas favorables a los cubanos	Cambios no significativos con mejorías y empeoramientos equilibrados	Cambios altamente significativos, tendencia a mejoría

En la tabla 69 se inicia el análisis de la Parte II (sentimientos actuales) del ITRD con la puntuación total 14 meses después. Se recuerda que los ítems correspondientes y el total fueron codificados ordinalmente con los menores valores correspondientes a mayor riesgo. Recuérdese que desde el punto de vista de la puntuación total, inicialmente se encontraban diferencias significativas a favor de los dolientes cubanos, aunque con mayor variabilidad (ver tabla 17). Un año después se ratifica esta ventaja de los cubanos con respecto a los canarios, con menor variabilidad en aquellos. Observamos que 16 canarios incrementan el riesgo y en el caso de los cubanos, ninguno lo incrementa.

Tabla 69

Puntuación resumen del ITRD, parte II (sentimientos actuales), a los 14 meses: Comparación entre poblaciones.

Grupo Poblacional	N	Media	Desv. Est.	Mediana	Mínimo	Máximo	Significac*
Gran Canaria	76	33.36	9.493	33.00	13	65	0.000
La Habana	75	47.36	6.673	47.00	35	65	IC=(0.000,
TOTAL	151	40.31	10.788	41.00	13	65	0.000)

*Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 70

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II a los 14 meses en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango promedio	Significación*
Total ITRD Parte II	Rangos negativos	16 ^a	28.41	0.000
Sentimientos actuales (a los 14 meses)	Rangos positivos	58 ^b	40.01	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	2 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango promedio	Suma de rangos
Total ITRD Parte II	Rangos negativos	0 ^a	00.00	0.000
Sentimientos actuales (a los 14 meses)	Rangos positivos	65 ^b	33.00	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	10 ^c		
	Total	75		

* Sig. De Monte Carlo para el test de Wilcoxon

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

Los detalles en los 13 ítems de esta parte II muestran ventajas alternadas por países, que pueden ser interesantes y se muestran a continuación.

La tabla 71 se refiere al ítem 1 del ITRD II: sentimiento actual relacionado *con las ganas de llorar que todavía tiene cuando se piensa en la pareja*. Ya desde el inicio (a los 3 meses) los canarios presentaban una significativa desventaja en este ítem (ver tabla 16) y 14 meses después de la pérdida tal desventaja se mantiene de forma significativa.

Tabla 71

Resultados del cambio en ítem 1 del ITRD-II: entre poblaciones.

TODAVIA TIENE GANAS DE LLORAR CUANDO PIENSA EN LA PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 1).		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	23	0	23	0.000
	% de esa población	30.3 %	0.0 %	15.2%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	25	0	25	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	32.9 %	0.0 %	16.6%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	13	12	25	16.6%
	% de esa población	17.1 %	16.0 %	16.6%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	4	51	55	36.4%
	% de esa población	5.3 %	68.0 %	36.4%	
Completamente falsa	Cantidad	11	12	23	15.2%
	% de esa población	14.5 %	16.0 %	15.2%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 72

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 1 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Todavía tiene ganas de llorar cuando piensa en la pareja (después-inicial)	Rangos negativos	3 ^a	18.50	0.000
	Rangos positivos	40 ^b	22.26	
	Empates	33 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Todavía tiene ganas de llorar cuando piensa en la pareja (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	00.00	0.000
	Rangos positivos	55 ^b	28.00	
	Empates	20 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- Después > Inicial
- Después = Inicial

A los 14 meses de la defunción de la pareja, el sentimiento actual sobre *si se pone triste cuando piensa en ella* (ítem 2) se refleja en la tabla 73. Inicialmente (ver tabla 16) existían diferencias significativas a favor de los cubanos, y un año después se mantienen, con mayor riesgo para los canarios.

Tabla 73

Resultados del cambio en ítem 2 del ITRD-II: entre poblaciones.

TODAVIA SE PONE TRISTE CUANDO PIENSA EN SU PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 2).		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	29	5	34	0.000
	% de esa población	38.2 %	5.7 %	22.5%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	37	17	54	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	48.7 %	22.7 %	35.8%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	6	25	32	
	% de esa población	7.9 %	34.7 %	21.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	1	20	21	
	% de esa población	1.3 %	26.7 %	13.9%	
Completamente falsa	Cantidad	3	7	10	
	% de esa población	3.9 %	9.3 %	6.5%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 74

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 2 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Todavía se pone triste cuando piensa en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	9 ^a	20.17	0.005 IC=(0.003, 0.007)
	Rangos positivos	28 ^b	18.63	
	Empates	39 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Todavía se pone triste cuando piensa en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	00.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	41 ^b	21.00	
	Empates	34 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

La tabla 75 muestra las respuestas de los dolientes al ítem 3 del ITRD II acerca de *la imposibilidad de aceptar la muerte del cónyuge*. Inicialmente se manifestaba cierta ventaja significativa a favor de los dolientes cubanos (ver tabla 16), pero a los 14 meses, tales diferencias desaparecen, pues muchos canarios mejoran y bastantes cubanos se mantienen.

En la tabla 77 se muestran resultados del ítem 4 acerca de *a veces le echa mucho de menos*, que sigue habiendo diferencias significativas, favorable a los cubanos (revisar tabla 16).

Tabla 75

Resultados del cambio en ítem 3 del ITRD-II: entre poblaciones.

NO PUEDE ACEPTAR SU MUERTE (A LOS 14 MESES) (Ítem 3).		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	6	0	6	0.405
	% de esa población	7.9 %	0.0 %	4.0%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	9	0	9	IC=(0.392, 0.417)
	% de esa población	11.8 %	0.0 %	6.0%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	14	6	20	
	% de esa población	18.4 %	8.0 %	13.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	14	50	64	
	% de esa población	18.4 %	66.7 %	42.2%	
Completamente falsa	Cantidad	33	19	52	
	% de esa población	43.4 %	25.3 %	34.4%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 76

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 3 en las poblaciones.

		Gran Canaria	N	Rango medio	Significación*
No puede aceptar su muerte (después-inicial)	Rangos negativos		9 ^a	20.17	0.005 IC=(0.003, 0.007)
	Rangos positivos		28 ^b	18.63	
	Empates		39 ^c		
	Total		76		
		La Habana	N	Rango medio	Significación*
No puede aceptar su muerte (después-inicial)	Rangos negativos		1 ^a	9.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos		27 ^b	14.70	
	Empates		47 ^c		
	Total		75		

* Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

Tabla 77

Resultados del cambio en ítem 4 del ITRD-II: entre poblaciones.

A VECES LE ECHA MUCHO DE MENOS (A LOS 14 MESES) (Ítem 4)		Grupo de procedencia			Signific.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	46	8	54	0.000
	% de esa población	60.5 %	10.7 %	35.8%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	25	32	57	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	32.9 %	42.7 %	37.7%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	2	24	26	
	% de esa población	2.6 %	32.0 %	17.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	2	6	8	
	% de esa población	2.6 %	8.0 %	5.3%	
Completamente falsa	Cantidad	1	5	6	
	% de esa población	1.3 %	6.7 %	4.0%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 78

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 4: en las poblaciones.

		N	Rango medio	Significación*
A veces le echa mucho de menos (después-inicial)	Rangos negativos	9 ^a	14.50	0.014 IC=(0.011, 0.116)
	Rangos positivos	22 ^b	16.61	
	Empates	45 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
A veces le echa mucho de menos (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	34 ^b	17.50	
	Empates	41 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

En la tabla 79 se reflejan los resultados del análisis en el ítem 5, *sobre si todavía le resulta doloroso traer a la memoria el recuerdo de la pareja*. Originalmente la presencia de este sentimiento era ligeramente favorable a los cubanos (ver tabla 16). A los 14 meses de la pérdida se acentúan estas diferencias para hacerlas altamente significativas: mejoran más los cubanos que los canarios, quienes aumentan en 18 dolientes el riesgo.

Tabla 79

Resultados del cambio en ítem 5 del ITRD-II: entre poblaciones.

TODAVÍA LE RESULTA DOLOROSO TRAER A LA MEMORIA SU RECUERDO (A LOS 14 MESES) (Ítem 5)	Grupo de procedencia	Significac*			
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	10	0	10	0.000
	% de esa población	13.2 %	0.0 %	6.6%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	25	4	29	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	32.9 %	5.3 %	19.2%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	16	23	39	25.8%
	% de esa población	21.1 %	30.7 %	33.8%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	11	40	51	14.6%
	% de esa población	14.5 %	53.3 %	33.8%	
Completamente falsa	Cantidad	14	8	22	14.6%
	% de esa población	18.4 %	10.7 %	14.6%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 80

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, en ITRD-II, ítem 5: en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Todavía le resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo (después-inicial)	Rangos negativos	18 ^a	23.81	0.010 IC=(0.008, 0.013)
	Rangos positivos	35 ^b	28.64	
	Empates	23 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Todavía le resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	54 ^b	27.50	
	Empates	21 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- Después > Inicial
- Después = Inicial

El análisis del ítem 6, que se refiere a *quedarse a menudo ensimismado cuando piensa en su pareja* se muestra en la tabla 81. Desde el inicio, los dolientes cubanos tenían una situación más favorable que los canarios (ver tabla 16). A los 14 meses del fallecimiento estas diferencias se acentúan, mejoran más los cubanos.

Tabla 81

Resultados del cambio en ítem 6 del ITRD-II: entre poblaciones.

A MENUDO SE QUEDA ENSIMISMADO(A) PENSANDO EN SU PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 6)		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	12	1	13	0.000
	% de esa población	15.8 %	1.3 %	8.6%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	29	1	30	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	38.2 %	1.3 %	19.9%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	15	8	23	15.2%
	% de esa población	19.7 %	10.7 %		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	12	51	63	41.7%
	% de esa población	15.8 %	68.0 %		
Completamente falsa	Cantidad	8	14	22	14.6%
	% de esa población	10.5 %	18.7 %		
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 82

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial, en ITRD-II, ítem 6, en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
A menudo se queda ensimismado(a) pensando en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	11 ^a	20.95	0.000
	Rangos positivos	41 ^b	27.99	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	24 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
A menudo se queda ensimismado(a) pensando en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	11.50	0.000
	Rangos positivos	52 ^b	27.30	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	22 ^c		
	Total	75		

* Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

Algo similar ocurre con el ítem 7 relacionado con *llorar a escondidas cuando se piensa en su pareja* y cuya evolución se refleja en la tabla 83. A los 3 meses de la muerte había diferencias significativas a favor de los cubanos (ver tabla 16). A los 14 meses, se acentúan estas diferencias porque 23 dolientes canarios refieren de forma más marcada este sentimiento y solo 27 mejoran, a un punto que el test de Wilcoxon no detecta cambios significativos en un sentido u otro, mientras que en los dolientes cubanos no hay retrocesos y 38 mejoran para mostrar una evolución positiva y significativa.

Tabla 83

Resultados del cambio en ítem 7 del ITRD-II: entre poblaciones.

LLORA A ESCONDIDAS CUANDO PIENSA EN SU PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 7)		Grupo de procedencia			Significac.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	15	0	15	0.000
	% de esa población	19.7 %	0.0 %	9.9%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	16	1	17	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	21.1 %	1.3 %	11.3%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	12	3	15	9.9%
	% de esa población	15.8 %	4.0 %	9.9%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	14	33	47	31.1%
	% de esa población	18.4 %	44.0 %	31.1%	
Completamente falsa	Cantidad	19	38	57	37.7%
	% de esa población	25.0 %	50.7 %	37.7%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney

Tabla 84

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, en ITRD-II, ítem 7, en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Llora a escondidas cuando piensa en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	23 ^a	21.93	0.196 IC=(0.188, 0.208)
	Rangos positivos	27 ^b	28.54	
	Empates	28 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Llora a escondidas cuando piensa en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	38 ^b	19.50	
	Empates	37 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

Son también similares los resultados sobre el sentimiento de que *nadie podrá ocupar el lugar que su pareja dejó en la vida del doliente* (ítem 8) y que se reflejan en la tabla 85. Originalmente, a los 3 meses, había diferencias significativas a favor de los cubanos (ver tabla 16). A los 14 meses de la pérdida, estas diferencias se acentúan por cambios compensados entre los canarios y mejoras significativas entre los cubanos.

Tabla 85

Resultados del cambio en ítem 8 del ITRD-II: entre poblaciones.

NADIE PODRÁ OCUPAR EL LUGAR QUE SU PAREJA DEJÓ EN SU VIDA (A LOS 14 MESES) (Ítem 8)		Grupo de procedencia			Significa.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	51	10	61	0.000
	% de esa población	67.1 %	13.3 %	40.4%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	17	8	25	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	22.4 %	10.7 %	16.6%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	5	34	39	25.8%
	% de esa población	6.6 %	45.3 %		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	1	13	14	9.3%
	% de esa población	1.3 %	17.3 %		
Completamente falsa	Cantidad	2	10	12	7.8%
	% de esa población	2.6 %	13.3 %		
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 86

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 8 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Nadie podrá ocupar el lugar que su pareja dejó (después-inicial)	Rangos negativos	13 ^a	13.50	0.100
	Rangos positivos	13 ^b	13.50	IC=(1.000, 1.000)
	Empates	50 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Nadie podrá ocupar el lugar que su pareja dejó (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	8.50	0.000
	Rangos positivos	39 ^b	20.81	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	35 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

La tabla 87 muestra que 14 meses después de la pérdida los dolientes cubanos muestran opiniones más favorables que los canarios en relación al sentimiento de *no poder dejar de pensar en la pareja fallecida* (ítem 9). Ya estas diferencias se mostraban inicialmente (ver tabla 16), pero un año después se acentuaron porque empeoraron más los canarios que los cubanos.

Tabla 87

Resultados del cambio en ítem 9 del ITRD-II: entre poblaciones.

NO PUEDE DEJAR DE PENSAR EN SU PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 9)		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	17	0	17	0.000
	% de esa población	22.4 %	0.0 %	11.3%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	16	1	17	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	21.1 %	1.3 %	11.3%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	23	11	34	0.000
	% de esa población	30.3 %	14.7 %	22.5%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	15	48	63	0.000
	% de esa población	19.7 %	64.0 %	41.7%	
Completamente falsa	Cantidad	5	15	20	0.000
	% de esa población	6.6 %	20.0 %	13.2%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	0.000
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 88

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 9 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
No puede dejar de pensar en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	16 ^a	19.19	0.000
	Rangos positivos	36 ^b	29.75	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	24 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
No puede dejar de pensar en su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	15.50	0.000
	Rangos positivos	50 ^b	26.21	IC=(0.000, 0.000)
	Empates	24 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

La opinión sobre *si cree que no es justo que haya muerto* (ítem 10) no presentaba ventajas inicialmente en ningún grupo (ver tabla 16), y tampoco se presentan 14 meses después, como se muestra en la tabla 89. Los cambios en Canarias no son significativos, la evolución en cubanos es mejor y llega a ser significativa, pero no tanto como para marcar diferencias con los canarios.

El sentimiento acerca de que *las cosas y personas que rodean al doliente le hacen recordar a su pareja* (ítem 11) se muestra en la tabla 91. Puede recordarse que a los 3 meses (ver tabla 16) ya había diferencias a favor de los dolientes cubanos y 14 meses después de la pérdida se acentúan porque mejoran menos los canarios que los cubanos.

Tabla 89

Resultados del cambio en ítem 10 del ITRD-II: entre poblaciones.

CREE QUE NO ES JUSTO QUE HAYA MUERTO SU PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 10)	Grupo de procedencia			TOTAL	Significac*
	G. Canaria	La Habana			
Completamente verdadera	Cantidad	14	9	23	0.125
	% de esa población	18.4 %	12.0 %	15.2%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	20	5	25	IC=(0.120, 0.137)
	% de esa población	26.3 %	6.7 %	16.6%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	23	46	69	45.7%
	% de esa población	30.3 %	61.3 %		
Falsa en su mayor parte	Cantidad	7	9	16	10.6%
	% de esa población	9.2 %	12.0 %		
Completamente falsa	Cantidad	12	6	18	11.9%
	% de esa población	15.8 %	8.0 %		
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %		

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 90

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, en ITRD-II, ítem 10 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Cree que no es justo que haya muerto su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	17 ^a	25.32	0.104
	Rangos positivos	31 ^b	24.05	IC=(0.096,
	Empates	28 ^c		0.112)
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Cree que no es justo que haya muerto su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	6.50	0.000
	Rangos positivos	20 ^b	11.23	IC=(0.000,
	Empates	54 ^c		0.000)
	Total	75		

* Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

Tabla 91

Resultados en ítem 11 del ITRD-II: entre poblaciones.

LAS COSAS Y PERSONAS QUE LE rodean LE HACEN RECORDAR A LA PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 11)		Grupo de procedencia			Signific.*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	22	0	22	0.000
	% de esa población	28.2 %	0.0 %	14.6%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	33	6	39	IC=(0.000,
	% de esa población	43.4 %	8.0 %	25.8%	0.000)
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	9	23	32	
	% de esa población	11.8 %	30.7 %	21.2%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	8	38	46	
	% de esa población	10.5 %	50.7 %	30.5%	
Completamente falsa	Cantidad	4	8	12	
	% de esa población	5.3 %	10.7 %	7.9%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 92

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después, en ITRD-II, ítem 11 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Las cosas y personas que le rodean le hacen recordar a su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	11 ^a	20.14	0.000
	Rangos positivos	36 ^b	25.18	IC=(0.000,
	Empates	29 ^c		0.000)
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Las cosas y personas que le rodean le hacen recordar a su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.000
	Rangos positivos	60 ^b	30,50	IC=0.000,
	Empates	15 ^c		0.000)
	Total	75		

*Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)

b. Después > Inicial

c. Después = Inicial

La tabla 93 se refiere a la *incapacidad de los dolientes de aceptar la muerte de su pareja*. (item 12). No mostraba diferencias significativas entre las poblaciones a los 3 meses (ver tabla 16). A los 14 meses, tampoco aparecen diferencias significativas entre las muestras, aunque los tests de Wilcoxon muestran que el cambio evolutivo de los cubanos fue más favorable, habiendo en las 2 muestras diferencias significativas entre el antes y después.

Tabla 93

Resultados del cambio en ítem 12 del ITRD-II: entre las poblaciones.

INCAPACIDAD PARA ACEPTAR LA MUERTE DE LA PAREJA (A LOS 14 MESES) (Ítem 12)		Grupo de procedencia			Signific*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	3	0	3	0.062
	% de esa población	3.9 %	0.0 %	2.0%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	7	0	7	IC=(0.056, 0.068)
	% de esa población	9.2 %	0.0 %	4.6%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	17	5	22	
	% de esa población	22.4 %	6.7 %	14.6%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	19	43	62	
	% de esa población	25.0 %	57.3 %	41.1%	
Completamente falsa	Cantidad	30	27	57	
	% de esa población	39.5 %	36.0 %	37.7%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 94

Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 12 en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significación*
Incapacidad para aceptar la muerte de la pareja (después-inicial)	Rangos negativos	15 ^a	18.47	0.008 IC=(0.005', 0.010)
	Rangos positivos	29 ^b	24.58	
	Empates	32 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significación*
Las cosas y personas que le rodean le hacen recordar a su pareja (después-inicial)	Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	35 ^b	18.00	
	Empates	40 ^c		
	Total	75		

*Sig. de Monte Carlo para el test de Wilcoxon.

- Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo).
- Después > Inicial
- Después = Inicial

Al ítem 13, sobre si *le invade la necesidad de que la pareja esté con el doliente* se refiere la tabla 95. A los 3 meses, mostraba resultados más favorables a los dolientes cubanos (ver tabla 16), se mantienen diferencias significativas, mejorando más los dolientes cubanos que los canarios a los 14 meses del fallecimiento de su pareja.

Tabla 95
Resultados del cambio en ítem 13 del ITRD-II: entre poblaciones.

LE INVADE LA NECESIDAD DE QUE SU PAREJA FALLECIDA ESTÉ CON EL/ELLA (A LOS 14 MESES) (Ítem 13)		Grupo de procedencia			Significac*
		G. Canaria	La Habana	TOTAL	
Completamente verdadera	Cantidad	25	0	25	0.000
	% de esa población	32.9 %	0.0 %	16.6%	
Verdadera en su mayor parte	Cantidad	27	14	41	IC=(0.000, 0.000)
	% de esa población	35.5 %	18.7 %	27.2%	
Ni verdadera ni falsa	Cantidad	17	28	45	29.8%
	% de esa población	22.4 %	37.3 %	29.8%	
Falsa en su mayor parte	Cantidad	3	24	27	17.9%
	% de esa población	3.9 %	32.0 %	17.9%	
Completamente falsa	Cantidad	4	9	13	8.6%
	% de esa población	5.3 %	12.0 %	8.6%	
TOTAL	Cantidad	76	75	151	100.0%
	% de esa población	100.0 %	100.0 %	100.0%	

* Sig de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney.

Tabla 96
Rangos según el test de Wilcoxon Inicial-Después en ITRD-II, ítem 13, en las poblaciones.

Gran Canaria		N	Rango medio	Significaión*
Le invade la necesidad de que su pareja fallecida esté con él/ella (después-inicial)	Rangos negativos	12 ^a	18.21	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	34 ^b	25.37	
	Empates	30 ^c		
	Total	76		
La Habana		N	Rango medio	Significaión*
Le invade la necesidad de que su pareja fallecida esté con él/ella (después-inicial)	Rangos negativos	1 ^a	14.50	0.000 IC=(0.000, 0.000)
	Rangos positivos	47 ^b	24.71	
	Empates	27 ^c		
	Total	75		

* Sig. de Montecarlo para el test de Wilcoxon.

- a. Después < Inicial ("menor" significa incremento del riesgo)
- b. Después > Inicial
- c. Después = Inicial

Como se ha podido demostrar, en la mayoría de los ítems del ITRD, Parte II (sentimientos actuales), los dolientes cubanos aparentan una situación significativamente más favorable que explican globalmente los resultados expuestos en la tabla 69. No obstante, debe tenerse

siempre en cuenta que los dolientes que mejoran o empeoran en cierto ítem pueden ser diferentes a los de otros ítems, y los totales pueden compensarse, como también incrementarse, por interacciones. Estas interacciones son analizadas en la Figura 7, análoga, por su método de conformación al procesamiento inicial, a los 3 meses de la pérdida (ver Figura 4).

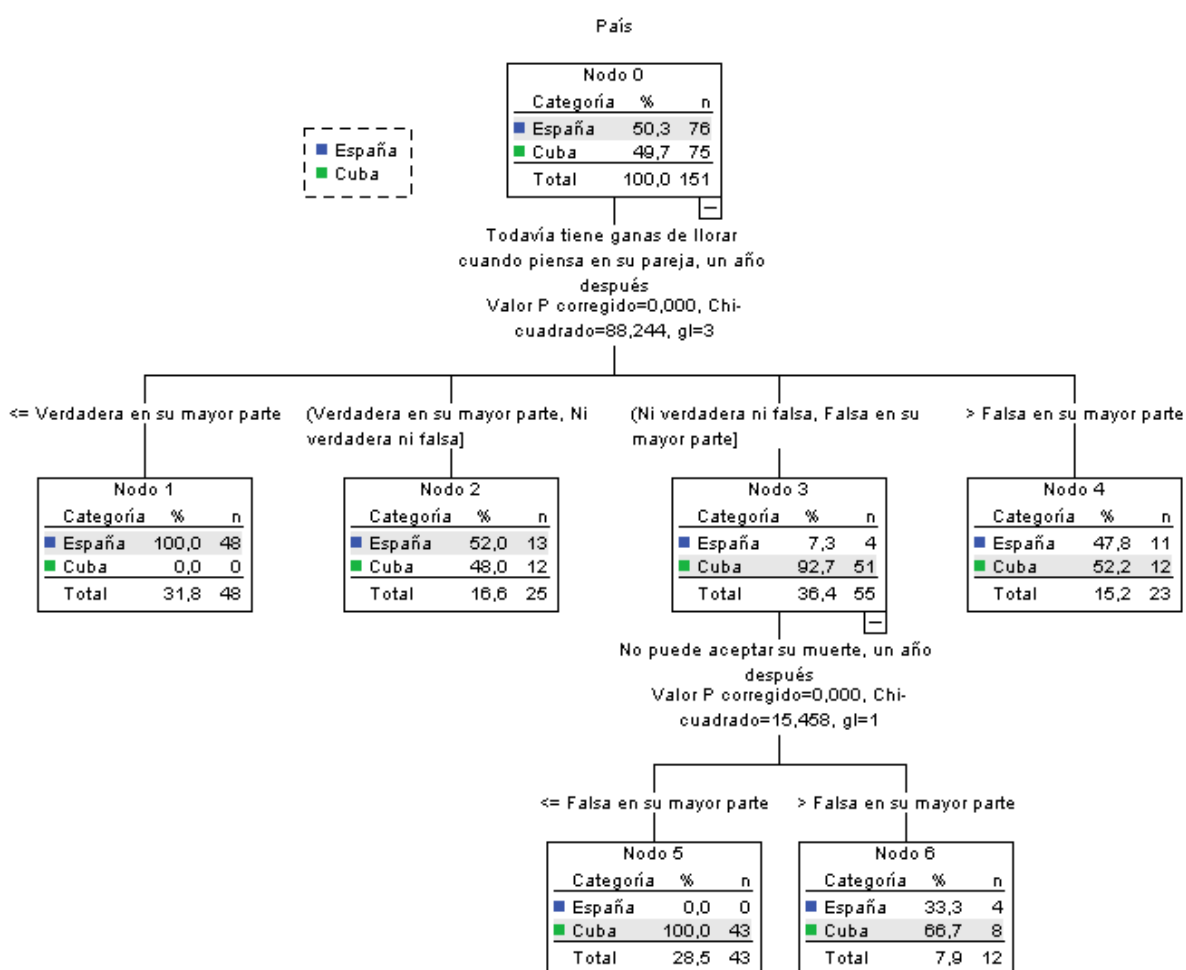


Figura 7
 Distinción multivariada del ITRD (pasado-actual) a los 14 meses de la pérdida.

Tabla 97

Clasificación de las muestras según su diferenciación en ítems del pasado y presente a los 14 meses de la pérdida.

Reales observados	Reconocimiento del grupo poblacional de dolientes por el árbol del ITRD		
	Gran Canaria	La Habana	Porcentaje correcto
Gran Canaria	61	15	80.3 %
La Habana	12	63	84.0 %
Porcentaje total	48.3 %	51.7 %	82.1 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: Grupo poblacional de procedencia de los dolientes

Resulta interesante que en ambos momentos la distinción de las poblaciones de los dos países en el árbol de decisión “rompe” por la misma variable que se refiere al *sentimiento de tener todavía ganas de llorar cuando se piensa en la pareja fallecida*, pero a los 14 meses de la pérdida las categorías de esta variable se dividen en una forma más detallada y se mantiene que los dolientes canarios predominan en las peores (48). Por otra parte, a los 14 meses aparece en interacción con el sentimiento del doliente de que *no puede aceptar la muerte del conyugue*, sobre el cual los dolientes cubanos opinan positivamente en gran mayoría (43). Puede recordarse que originalmente, a los 3 meses (Figura 4) las interacciones eran más complicadas, pero finalmente, el árbol de decisión actual, a los 14 meses del fallecimiento, logra clasificar bien un 82,1 % de los casos por poblaciones con posibles porcentajes de error ligeramente mayores en Canarias que en en La Habana, pero ambos superiores al 80 % y, por tanto, satisfactorios.

Relación entre los sub-grupos (clusters) de dolientes detectados en la fase de duelo temprano con los resultados del CDRC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida.

Como se recordará, con los datos del ITRD inicial fueron caracterizados inicialmente tres sub-grupos (clústers) de dolientes (ver tabla 21). Inicialmente se establecieron relaciones entre el CRDC aplicado a los 3 meses y los clusters formados (tabla 26). Ahora, se analiza la posible relación de los resultados del CRDC, a los 14 meses con dichos clústeres iniciales. Resulta que el peor cluster inicial mantuvo los valores más altos del CRDC y,

consecuentemente, también se mantuvo el mejor cluster; pero el cluster inicial de dolientes intermedios pasó a ser el mejor, lo cual puede ser alentador al explicar la evolución del duelo. La asociación entre el número de los clusters y el CRDC a los 14 meses sigue siendo significativa, pues asocia los 31 casos de alto riesgo al cluster 1 y distribuye los restantes entre los clústeres 2 y 3, a la vez que hace una distribución consecuente de los casos que acusan bajo riesgo por el CRDC entre los tres clusters. La tabla 98 visualiza estos resultados.

Tabla 98

Relación entre el CRDC a 14 meses y los clústers por el ITRD Inicial.

Número del cluster	N	Media	Desv.				
			Est.	Mediana	Mínimo	Máximo	
Total de	1(Peor)	64	14.56	3.197	14.00	7	24
Puntuación en CRDC	2(Medio)	46	11.43	3.016	11.00	7	20
	3(Mejor)	41	12.46	2.873	13.00	7	19
	Total	151	13.04	3.330	13.00	7	24

Tabla 99

Puntuación-resumen del CRDC 14 meses después y número del cluster.

Puntaje	Bajo riesgo (puntuación 0-14)	Cantidad	Número del cluster			Total	Signif.*
			1 (Peor)	2 (Medio)	3(Mejor)		
resumen del CRDC a 14 meses	Alto riesgo (puntuación 15 o mas)	% del nivel	33	39	34	106	0.000
		% cluster	31.1 %	36.8%	32.1%	100.0%	IC=(0.000, 0.000)
Total		Cantidad	31	7	7	45	
		% del cluster	68.9 %	15.6%	15.6%	100.0%	
		Cantidad	64	46	41	151	
		% del cluster	42.4 %	30.5%	27.2%	100.0%	

* Sig. de Monte Carlo para el test exacto de Fisher.

En la Figura 8 se muestra un árbol de clasificación que pretende identificar los dolientes de los tres clusters iniciales con los resultados del CRDC y el ITRD (pasado y actual), análoga a la que se hizo originalmente (ver figura 5), pero ahora con el resultado de los instrumentos 14 meses después. Evidentemente, hay interacciones que se repiten pero otras son esencialmente diferentes; lo cual es lógico porque los clusters fueron formados esencialmente con el ITRD inicial. El porcentaje de buena clasificación se reduce del 87,5 % inicial al 72,2 % actual, lo que evidencia un cambio. De cualquier manera, esta información puede ayudar a comprender mejor la evolución del duelo.

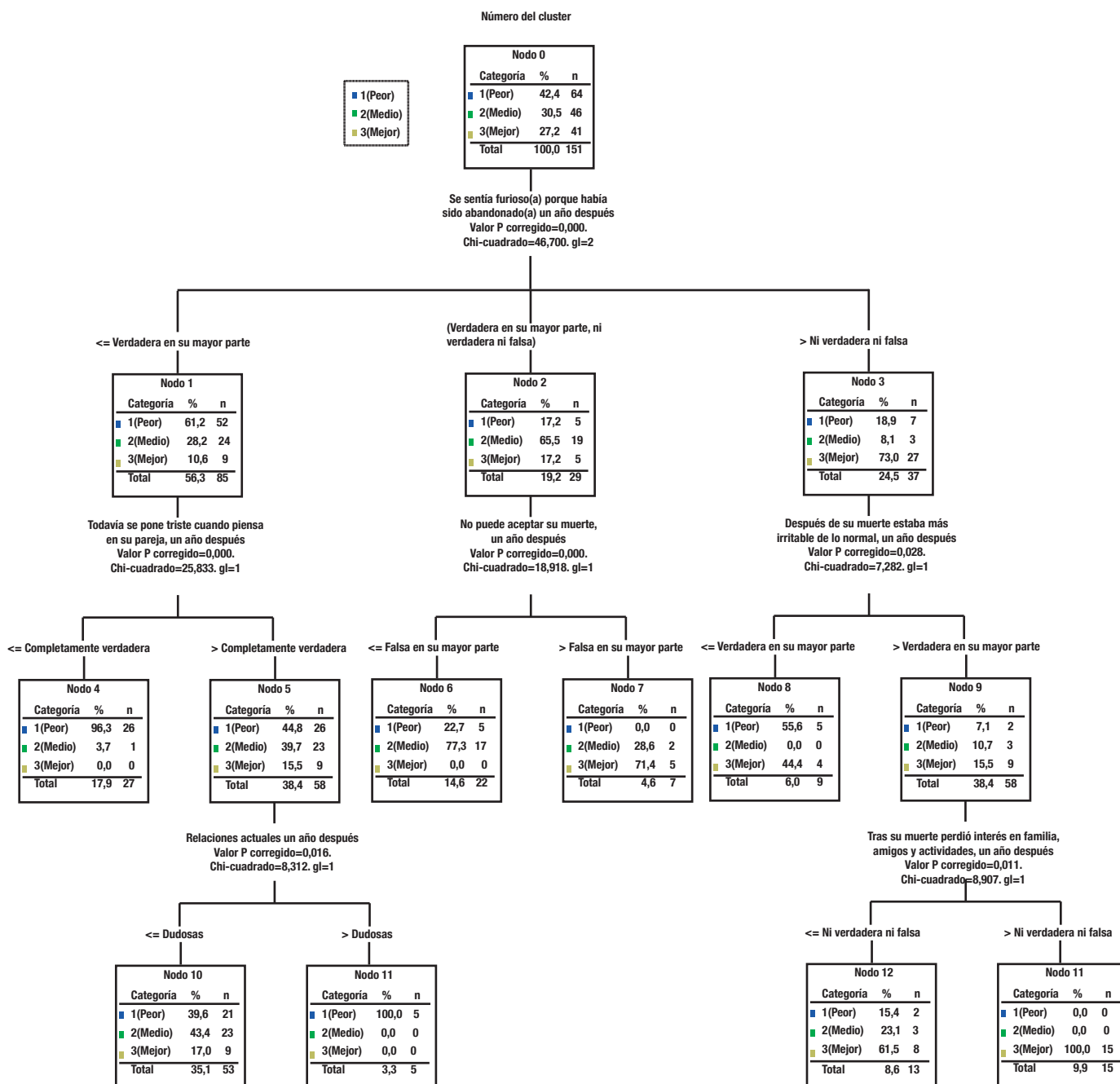


Figura 8
 Identificación de los 3 clusters por datos generales y los resultados 14 meses después en el CRDC y el ITRD (pasado y actual).

Tabla 100

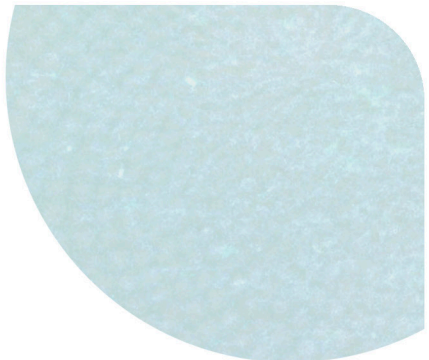
Clasificación de las poblaciones en clusters iniciales con resultados de CRDC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida.

Reales observados	Reconocimiento del grupo poblacional de dolientes por el árbol del ITRD			
	1 (Peor)	2 (Medio)	3 (Mejor)	Porcentaje correcto
1 (Peor)	43	19	2	67.2 %
2 (Medio)	3	38	5	82.6 %
3 (Mejor)	4	9	28	68.3 %
Porcentaje total	33.1 %	43.7 %	23.2 %	72.2 %

Método de desglose del árbol: CHAID

Variable dependiente: Número del cluster (gravidad del duelo inicial)

En este análisis acerca de la relación entre los sub-grupos (clusters) de dolientes detectados en la fase de duelo temprano con los resultados del CRDC y el ITRD a los 14 meses de la pérdida, podemos decir que el peor cluster inicial mantuvo los valores más altos del CRDC y, consecuentemente, también se mantuvo el mejor cluster; pero el cluster inicial de dolientes intermedios pasó a ser el mejor, lo cual puede ser alentador. La asociación entre el número de los clusters y el CRDC a los 14 meses del fallecimiento sigue siendo significativa, pues asocia los 31 casos de alto riesgo al cluster 1 y distribuye los restantes entre los clusters 2 y 3, a la vez que hace una distribución consecuente de los dolientes con bajo riesgo por el CRDC entre los tres clusters. El análisis multivariado con el árbol de decisión que pretende identificar los dolientes de los tres clusters iniciales con los resultados del CRDC y el ITRD (pasado y actual), es análogo al que se hizo originalmente, pero ahora con el resultado de los instrumentos 14 meses después. Evidentemente, hay interacciones que se repiten, pero otras son esencialmente diferentes; lo cual es lógico porque los clusters fueron formados esencialmente con el ITRD inicial. El porcentaje de buena clasificación se reduce.



Discusión



Discusión

Como ya hemos comentado en nuestro desarrollo sobre el tema, la importancia de afrontar situaciones de duelo y pérdidas y la manera en que cada persona lleva a cabo ese proceso, en el que surgen reacciones de índole cognitivo, emocional y conductual, constituye un estudio amplio compartido por muchos autores, y desde muy diversas perspectivas. Recordemos los trabajos de tantos autores clásicos como contemporáneos: (Arés, 2007; Campos & Rojo, 2012; Clavijo, 2002; González, 2000; Grau, 2011a; Grau et al., 2015; Louro, 2001; Parkes & Weiss, 1983; Pérez, 2015; Tizón, 2004; Worden, 1997), que explican el proceso de pérdida como vivencia, y como toda vivencia está marcada por la relación afectiva del individuo con el medio, en especial con la familia, por aquello que integra lo adquirido hasta el momento, con lo externo y su ambiente.

Y si bien hemos comprobado a través de la literatura, que en todas las pérdidas se produce la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo se rompe, sea de familiares, amigos, mascotas, lugar geográfico u otros, se ha considerado que la pérdida del cónyuge es de las que más dificultad genera para su resolución, siendo éste el motivo de estudio de nuestra investigación. Deben recordarse los trabajos que afirman que el proceso de duelo está relacionado con la supervivencia e incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida sufrida. Entonces debe considerarse un proceso normal, que no requerirá de intervenciones especiales para su resolución (Butler, 1975; Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015). Ahora bien, en algunas ocasiones se transforma en un proceso complicado, y sabiendo que desde los Cuidados Paliativos la meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia sin bienestar, cubriendo las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus

familiares, se ha visto la importancia significativa de este tipo de atención, en fases previas al fallecimiento del paciente. Es por ello que los estudios de seguimiento en duelo tributan a acciones preventivas, para dar soporte activo a los familiares, tanto antes como después de la muerte (Grau et al., 2015).

Con referencia al objetivo general de nuestra investigación; es decir, evaluar el nivel de riesgo de duelo complicado y las características del proceso de duelo en cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de haber recibido cuidados paliativos en Gran Canaria y en un municipio de Ciudad de La Habana, el análisis de los resultados obtenidos en la puntuación dicotomizada sobre el riesgo total en el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC), muestra resultados más favorables en el caso de los dolientes cubanos (68,8 % catalogados de bajo riesgo), mientras que en el caso de los canarios predominan ligeramente los de alto riesgo (51,3 %).

Estos datos encontrados, principalmente en la muestra canaria nos llevan a revisar resultados de numerosas investigaciones referidas en nuestro estudio, considerando el duelo como factor de riesgo de enfermar, como la encuesta realizada a médicos de Atención Primaria (Gómez Sancho, 2007), que muestra cómo un 41 % de médicos referían la aparición de problemas de salud en este grupo de población en duelo. En los estudios de Lazare (1975) se estimó que entre el 10 y el 15 % de las personas que acudían a las clínicas de Salud Mental mostraban un duelo no resuelto. Igualmente, Zisook (1985) encontró un 17 % de pacientes de un centro psiquiátrico, con un duelo incompleto. En nuestro estudio se considera cómo el paso del tiempo puede llevar a sostener problemas de salud, según el nivel de riesgo de duelo complicado analizado en dos momentos a lo largo de 14 meses.

Así pues, compartimos con Holmes & Rahe (1967), que la muerte del cónyuge es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede afrontar un ser humano, y a través de manifestaciones emocionales y conductuales en el proceso, el doliente puede sentir muchas

cosas cambiantes en el tiempo. Como reflejan Grau (2011a) y Victoria et al. (2014), sensaciones nuevas y otras extrañas, angustiosas y muy dolorosas (incredulidad, confusión, inquietud, oleadas de ansiedad, pensamientos repetitivos, suspiros frecuentes, debilidad muscular, llanto, temblor, problemas para dormir, mareos, etc.) son manifestaciones propias del proceso, que a través del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) se han evaluado en nuestra investigación.

En la evaluación del duelo temprano, según nuestro objetivo general, hemos encontrado en el ITRD-I, que los valores medios y medianos de sentimientos y comportamientos tras el fallecimiento del cónyuge en Gran Canaria son ligeramente más favorables y menos variables que en La Habana, pero que en su conjunto total no se diferencian de forma significativa. En cuanto a las preguntas referidas justamente a los tres meses del fallecimiento del cónyuge, existen diferencias significativas entre los dolientes de ambas poblaciones, marcando con puntuaciones más altas en la muestra de canarios, conforme a *tener ganas de llorar y tristeza pensando en la persona fallecida, la opinión de que nadie podrá ocupar su lugar, de no dejar de pensar en su pareja, y de que deseo de que la persona fallecida regrese*. Aparentemente, estas manifestaciones del duelo que son fundamentalmente emocionales, son más difíciles de remover a los tres meses en dolientes canarios, lo cual puede influir -de hecho- en que las puntuaciones totales de esta parte revelen mejor la resolución del duelo en cubanos que en canarios. De ningún modo puede interpretarse este hallazgo en una relación de normalidad o de complicación del duelo, puesto que ya sabemos que a los 3 meses los dolientes se encuentran en una fase aún temprana de elaboración de su pérdida; en todo caso, apunta a que los dolientes cubanos de este municipio (que al igual que los canarios tuvieron el apoyo de equipos profesionales de cuidados paliativos) tienden a una más rápida evolución de estos sentimientos del duelo a los tres meses, pero sólo a lo largo de un eje temporal evolutivo. Sería deseable saber cómo tendrían lugar estos sentimientos a los tres meses en dolientes que

no recibieron apoyo mantenido de equipos de cuidados paliativos, lo cual no es objeto de esta investigación.

Al atender a nuestro objetivo general de la investigación, en la aplicación del ITRD a los 14 meses (duelo tradío), se ratifican resultados mostrados inicialmente con pérdida de las ligeras ventajas obtenidas en los dolientes de Gran Canaria, en lo referido a los sentimientos y comportamientos justamente tras la pérdida. En efecto, ninguno de los dos grupos mantiene ventajas un año después, pero en Gran Canaria hay una tendencia al retroceso (42 dolientes aumentan el riesgo), mientras que en cubanos no se observan cambios. Es esperable, ya que en definitiva, el total del ITRD, se deriva de una apreciación del doliente sobre algo pasado, tras la pérdida, que salvo por discretas alteraciones mnésicas, debiera ser bastante estable. Unido a los planteamientos de autores referidos en nuestro estudio, que apuntan que el paso del tiempo puede llevar a dificultades importantes en la salud y a una imposibilidad de recuperarse después de perder a un ser querido, pues se trata de un lugar legítimo, real, extremadamente intenso (Grau, 2011a), y que en ocasiones se prolongan ese dolor y sus respuestas emocionales desadaptativas, hasta convertirlo en un duelo complicado (Grau et al., 2012; Reyes et al., 2009; Victoria et al., 2014). Desde esta perspectiva, se entiende mejor el peso de nuestro hallazgo en los riesgos para la salud de los dolientes.

Así, como defienden estos autores, hemos apreciado en nuestros resultados del ITRD que algunos síntomas y signos pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Por ello, a partir del seguimiento a los 14 meses, algunos dolientes iniciaron Intervención Terapéutica en Proceso de Duelo Complicado.

En cuanto a los objetivos específicos de nuestra investigación, analizamos y comparamos las variables sociodemográficas y diversos antecedentes entre las dos muestras, como edad,

relaciones de convivencia con otros familiares, antecedentes patológicos personales, muertes traumáticas en familiares.

En nuestro estudio predominan las personas entre 66-75 años, y más de 75 años (56 % del total). Parece entonces acertado recordar la afirmación de Gamo et al., (2009) sobre esta etapa de la vejez como de especial importancia porque, a parte de las pérdidas internas y externas, se añade el componente de la soledad, al tiempo que aumentan las necesidades de figuras de apoyo y la dependencia de éstas, o la sensación de desamparo. Nuestro porcentaje moderadamente alto, que representa a los dolientes de edades más avanzadas, apoya la idea de que la vejez podría ser un factor de riesgo para la elaboración del duelo, y particularmente la viudedad, por la trayectoria de tiempo compartido entre los cónyuges. Todo ello refuerza la idea de autores significativos en esta línea de investigación respecto a la conveniencia de identificar tempranamente los factores de riesgo de duelo complicado (Grau et al., 2012; García, 2014).

El proceso de duelo ante la pérdida de una pareja se ve influenciado por factores de naturaleza psicosocial y sociocultural, las manifestaciones de duelo son diferentes en culturas donde prevalecen relaciones filiales más intensas que en otras culturas donde existen otras costumbres y estilos de vida diferentes (Grau et al., 2015). Al respecto, hemos encontrado en nuestra investigación, diferencias significativas respecto a mantener convivencia con otros familiares tras la pérdida de su pareja, observando que la muestra de canarios, con un 40,3 % viven solos en este momento, en comparación con la muestra de cubanos con un 27,5 %. Ahora bien, observando los datos totales en convivencia con otros familiares se obtiene un porcentaje total del 60 % (63,8 % en muestra cubana y 51,2 % en la muestra canaria) y las diferencias también son significativas entre las muestras. Este dato nos hace reflexionar acerca de cómo la convivencia conjunta, podría ser un factor protector en momentos tempranos de la elaboración del duelo. De todas formas, debemos reflexionar sobre datos que

pueden crear disonancia, porque los valores referidos a la variable apoyo socio-familiar percibido, muestran diferencias significativas entre las dos muestras, a favor de la muestra de canarios: los dolientes canarios declaran un apoyo regular en un 12,2 % y un gran apoyo en 84.1 %, mientras que los dolientes cubanos declaran un apoyo regular en una mayor proporción (25 %) y un apoyo intenso en 68,8 %. Se requiere aclarar que la connotación lingüística de "apoyo" puede estar socio-culturalmente determinada, es decir, que los cubanos y canarios no conceptualicen el "apoyo" de manera idéntica, por lo que puede haber sutiles diferencias en cuanto a percepción del tipo de apoyo.

Un tema planteado en la parte introductoria de este trabajo hace referencia a los antecedentes patológicos que pueden dar lugar a complicaciones y alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabía portadora y que aparecen o se agravan durante el duelo; otras veces es una descompensación, en el curso del duelo, de una enfermedad crónica previa (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015). Desde esta concepción hemos observado en nuestros datos que la variable Antecedentes Patológicos Personales, arroja resultados similares según la literatura revisada, pues tanto en la muestra de cubanos como de canarios, los catarros, dolores de cabeza, infecciones respiratorias y dolores óseos poseen altos porcentajes, siendo algo más frecuentes en los dolientes cubanos. Los antecedentes de calambres o contracturas y problemas nerviosos aparecen con similar frecuencia en ambos países. En los restantes antecedentes (infecciones de la piel, diarreas e infecciones urinarias) puede haber mayores magnitudes en el grupo de dolientes cubanos, pero sin diferenciarse demasiado de los canarios. La inspección visual de la distribución de los datos en cuanto a los Antecedentes Patológicos Personales permite afirmar que en el análisis univariado estos antecedentes no diferenciaban a unos dolientes de otros. Ya en el análisis multivariado, cuando se analiza cómo interactúan todas las variables socio-demográficas y clínicas, se observa que el nivel de estudios

terminados es la principal variable socio-demográfica que desglosa de forma significativa, comprobando que en el segundo nivel de desglose, los APP de catarros hacen desglosar a 33 dolientes (que tenían estudios primarios o secundarios terminados: 14 canarios y 19 cubanos), con diferencias significativas entre las muestras (cubanos reflejan más catarros). De la misma forma, los APP de dolores óseos hacen desglosar a 50 dolientes (que tenían niveles de estudios superiores a secundaria terminados: 9 canarios y 41 cubanos), también con diferencias significativas a favor de los canarios.

Cuando se realiza el análisis de los datos acerca de manifestaciones referidas a pérdida de interés e irritabilidad/enfado por sentimiento de abandono (ítem sobre *pérdida de interés en familia, amigos y actividades*, e ítem *se sentía furioso por haber sido abandonado*), nos encontramos con cambios significativos (a los 14 meses tras la pérdida), con empeoramiento en las dos muestras, y se destaca que en la muestra de canarios 39 casos aumentaron tendencia al empeoramiento en la primera variable, y 55 casos canarios y 43 cubanos aumentaron el valor de la variable *furia por haber sido abandonado*, lo cual pudo incrementar el riesgo de duelo complicado. Respecto a manifestaciones emocionales de tristeza (ítem sobre *llorar a escondidas*), se observa que existe un empeoramiento del curso del duelo en la muestra de canarios, 23 casos empeoran después de 14 meses de evolución del duelo. En el ítem *tras su muerte le costaba relacionarse*, se observan diferencias significativas entre las dos muestras, que no aparecían en duelo temprano: en la muestra de canarios aparecen 33 casos, lo cual puede incrementar el riesgo de duelo complicado, 14 meses después. De estos datos extraemos predictores de riesgo de duelo complicado, que podrían -potencialmente- generar más posibilidades de enfermar en las muestras de estudio, marcando con mayor intensidad en la muestra canaria.

Así, en el estudio llevado a cabo por Antonelli (1990), se pudo observar que el 20 % de los eventos patológicos de diversa naturaleza eran preexistentes y habían sufrido un

agravamiento imprevisto y notable durante el proceso de duelo, y que en un alto porcentaje las manifestaciones patológicas de salud aparecían durante el curso del duelo. Estas conclusiones se corresponden con lo que manifestaban otros autores: a pesar de que el duelo no es una enfermedad y no se refiere habitualmente como un problema de salud, presenta manifestaciones físicas (Gómez Sancho, 2007; Grau et al., 2015; Victoria et al., 2014).

Es significativo reflejar, según los autores referidos y en comparación con datos de nuestro estudio, que los familiares que atraviesan un proceso de duelo, podrían tener un alto riesgo de padecer enfermedades, y que atendiendo a las edades de nuestras muestras, con intervalos de edad prevalentes entre los 66-75 y más de 75 años de edad de los dolientes, la muerte del cónyuge de más de 60 años provoca un auténtico derrumbe de las defensas inmunológicas y favorece distintas enfermedades (Antonelli, 1990), teniendo los viudos un 50 % más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año (Kaprio et al., 1987). Se ven reflejadas en nuestro análisis, alteraciones fisiológicas y emocionales a lo largo del curso del duelo, que pudieran ocasionar problemas de salud en personas que han perdido a sus cónyuges. Los dolientes cubanos y canarios no mostraban diferencias significativas en duelo temprano con respecto a la dificultad para dormir, la mayoría mantenía respuestas de dificultad importante para dormir (70 % de la muestra total), y en la muestra de canarios a los 14 meses, se mantiene dicha dificultad (60 %), con dificultades también en interacción familiar, tristeza, aislamiento y enfado, con mayor intensidad en la muestra de canarios. Por lo tanto, existe un campo importante para la medicina preventiva en este sentido, con interés clínico significativo en múltiples investigaciones ya referidas como las de Cox et al. (1964); Helsing et al. (1981); Melltröm et al. (1982); Schleifer et al. (1987), entre otros.

Por otro lado, si la asistencia al final de la vida de un ser humano, ha de dirigirse al alivio del sufrimiento, al ayudar de forma preventiva a los familiares de personas en esta fase de vida terminal, entendemos la importancia de considerar el padecimiento de algún trauma en

su vida reciente, que pudiera perjudicar el proceso de duelo que atravesará posteriormente. Al observar las investigaciones de Augagneur (1991), recordemos que ante la búsqueda de un trauma en la vida reciente de un deprimido, se puede encontrar, la muerte de un familiar cercano, principalmente la madre o el padre, con valores entre el 24 y el 19 %.

El análisis estadístico de las muestras cubana y canaria nos muestra datos similares a las investigaciones de dicho autor, y aunque no arroja diferencias significativas entre las dos muestras en esta variable, apreciamos que los casos que sí refieren muertes traumáticas de familiares o amigos son ligeramente más frecuentes en Gran Canaria (35,4 %) que en La Habana (25 %). Tampoco resulta significativa la diferencia entre los dolientes de ambos países sobre la cantidad de muertes traumáticas o inesperadas, reflejando un 25 % total que marca haber sufrido muerte traumática en allegados en los últimos 5 años: son más frecuentes las muertes por accidentes (hijos, hermanos o amigos) en ambas muestras, y muerte por infarto (abuelos, padres, hermanos), sobre todo en la muestra de los canarios.

Destaca especialmente el debate sobre las manifestaciones de duelo, que nos informan del estado psicológico y emocional del doliente en su nueva etapa de vida. Ante la pérdida de un ser querido aparecen todo tipo de emociones, preocupaciones, tristeza, miedos, confusión, aturdimiento, culpa, y pensamientos de que nunca se volverá a ser feliz. Es común el auto-reproche (obviamente menos intenso que en un duelo patológico), caracterizado por pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer con el difunto, y algunos padecen lo que es el sentimiento de culpabilidad del superviviente (Bermejo, 2003; Fauré, 2004; Grau et al., 2015; Infante, 2012; Olmeda, 1998). Podemos observar cómo los resultados de nuestro estudio en la primera aplicación del CRDC (aferramiento a la pareja fallecida, enfados y culpa-autorreproches), no son elevados en ninguna de las muestras. No hay diferencias significativas entre ambas muestras en estas variables, y si bien hay valores más cercanos a aferramiento a la pareja de forma

moderada, en las otras dos variables se puntúa de forma débil. Probablemente se deba, como indican la mayoría de los estudios, por estarse evaluando la fase de duelo temprano, donde la intensidad de las manifestaciones de duelo no son tan marcadas como en el duelo patológico. También queremos hacer mención a los mecanismos de evitación por sentimientos de culpa implícitos y no reconocidos de los dolientes, principalmente en fases de duelo temprano. Son aquellas personas que evitan hablar de la persona fallecida, porque tienen miedo de entristecerse, o entristecer a otro integrante de la familia, la impaciencia, el afán porque todo termine, la desesperación, el desamparo y la impotencia, son sentimientos normales durante el proceso de duelo que atraviesan (Grau, 2011a; NHI, 2015; Sanders, 2013). Desde este mecanismo de evitación de hablar y expresar determinados aspectos sobre el fallecido, podríamos entender que los valores de las manifestaciones de enfado y culpa son bajas, bien por la fase de duelo temprano donde el doliente no ha asimilado la pérdida, o porque las personas han tendido a evitar hablar de aspectos con notoria intensidad emocional. Los dolientes han manifestado según porcentajes totales de las dos muestras (69,4 %), que no sienten enfado y no expresan culpa/autorreproches (80 %), en contraposición a momentos de duelo tardío en el que aumentaron las emociones de enfado en ambas muestras, como ya se ha referido anteriormente. Según un estudio realizado por Sanders (2013), los cónyuges oscilaban en un primer estadio del duelo entre la felicidad y la tristeza, entre el enfado y la tranquilidad, hasta que tales oscilaciones se hacían menos frecuentes y las emociones se estabilizaban.

Con respecto a la variable *cómo espera que se las arreglará en el futuro*, es decir, *expectativas de recuperación*, en nuestra investigación se han reflejado respuestas favorables en un total de 61,9 % en ambas poblaciones, mostrando que no hay diferencias significativas entre ellas, la mayoría espera recuperarse bien, sin ayuda especial. Estos resultados son coincidentes con la literatura según estimaciones porcentuales de riesgo

normal versus patológico, calculando que hasta un 30% tienden a acabar en un duelo complicado (Barreto et al., 2008; García, 2014; Grau, 2011a; Sarmiento, 2014 y muchos otros). Hay que advertir que en este tipo de preguntas de un instrumento aplicado a dolientes, centrado en creencias y relaciones interpersonales, puede haber cierto sesgo de deseabilidad social que debe considerarse al hacer inferencias categóricas con respecto a posibilidades de recuperación, en otras palabras: la expectativa de resolución normal de un duelo no significa necesariamente que así será.

Si atendemos a los objetivos específicos de nuestra investigación, podemos advertir en el análisis de variables medidas con el ITRD en duelo temprano en cuanto a pensamientos y sentimientos en el momento siguiente a la muerte de su cónyuge, un componente cognitivo, un componente motivacional y un componente conductual volitivo, que analizamos a continuación:

Según preguntas tras *su muerte le costaba relacionarse con algunas personas y tras su muerte perdió interés en familia, amigos y actividades*, ambas de gran peso en el componente motivacional, observamos ante la primera que no hay diferencias significativas entre las muestras, con opiniones que están bastante uniformemente compartidas: en Gran Canaria con un 36,6 % de que es completamente falsa, y en La Habana con casi un 30 % que es completamente falsa o falsa en su mayor parte. En la segunda pregunta aparecen diferencias significativas entre las dos poblaciones: los canarios tienden a negarla, considerándola falsa en su mayor parte (20 %) o completamente falsa (50 %), y los cubanos tienden a considerarla verdadera en su mayor parte (26,3 %) o con opiniones intermedias, dudosas (30%). Según pregunta referida también al componente motivacional: *tenía la necesidad de hacer las cosas que su pareja había querido hacer*, no hay diferencias significativas entre las muestras, con opiniones bastante similares y balanceadas entre las categorías. Ante la pregunta de componente cognitivo predominante: *tras su muerte le costaba concentrarse en*

su trabajo, se aprecian diferencias significativas entre las muestras, en Gran Canaria predominan los casos que responden como dificultad verdadera con 33 % o verdadera en su mayor parte con 29,3 %; en La Habana predominan los casos de opinión verdadera en su mayor parte (37,5%). Se refleja que las principales diferencias entre cubanos y canarios están en la dificultad de concentrarse en su trabajo (mayor en canarios), y la pérdida inicial de interés en familiares, amigos y actividades (mayor en cubanos). Las diferencias se concentran en aspectos cognitivos, de concentración en el trabajo y no tanto en intereses sociales. Respecto a la pregunta de componente conductual-volitivo, *en los tres primeros meses se sentía incapaz de realizar actividades habituales*, no hay diferencias significativas entre los grupos y sólo un 11,1 % del total lo refiere como completamente verdadera; es decir, que los cubanos y los canarios, perciben que pueden desarrollar sus tareas habituales con moderada normalidad, en los primeros meses tras la pérdida. A pesar de encontrar diferencias significativas entre los dos grupos de estudio, en algunas de las variables, con mayor afectación en el componente cognitivo en los canarios, y con mayor afectación en el componente motivacional en el grupo cubano, estos resultados reafirman que el duelo implica cogniciones (representaciones) y conductas junto a vivencias emocionales de pérdida (Boo, 2013; Grau et al., 2015; Psicología y Salud Mental, 2014).

Si atendemos al duelo temprano en el ITDR y poniendo atención a las expresiones que son fundamentalmente emocionales, en la segunda parte de dicho test (a los 3 meses del fallecimiento de su pareja) observamos diferencias significativas entre los dos grupos. En las preguntas *todavía le resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo, a menudo se queda ensimismado pensando en su pareja, llora a escondidas cuando piensa en su pareja, nadie podrá ocupar el lugar que su pareja dejó en su vida, no puede dejar de pensar en su pareja, las personas y cosas que le rodean le hacen recordarlo/a, le invade la necesidad de que su pareja fallecida esté con el/ella*, se detecta que en la muestra de los cubanos existe mayor

tendencia a la resolución del duelo a los 3 meses, y en la de los canarios se advierten puntuaciones que indican mayor dificultad en dicha resolución, aunque como ya hemos expresado, y según autores especialistas del tema, no podemos afirmar categóricamente que a los 3 meses se determina si existe duelo normal o complicado. En este momento, el doliente se encuentra en fases previas del proceso donde se requiere asimilación del mismo, desde una experiencia personal, familiar, cultural y social (Rodríguez, 2011; Pérez, 2015; Grau et al., 2015, entre otros).

Si comparamos los datos totales de las dos muestras a los 14 meses, en el test CRDC, encontramos una reducción alentadora de los dolientes de alto riesgo en ambos países (de 41,3 % inicial al 29,8 %). Se aprecia que los dolientes cubanos presentan una situación final significativamente mejor, porque se reducen los casos de alto riesgo al 13,3 %, en los canarios se mantiene todavía un 46,1%. Haciendo las comparaciones entre las poblaciones en el análisis longitudinal, se observa que en el caso de Gran Canaria, de los 39 casos con alto nivel de riesgo a los 3 meses, 10 pasaron a bajo riesgo, pero de los 35 casos de bajo riesgo inicial, 6 elevaron su riesgo; por ello, la evolución no resultó relevante. En cambio, en La Habana, que de hecho presentaba ventajas iniciales a los 3 meses, de los 22 casos de alto riesgo, 13 mostraron bajo riesgo 14 meses después y de los 53 casos de bajo riesgo sólo 1 caso empeoró, por lo que el cambio en sentido favorable resultó significativamente alto. En realidad, estos resultados no eran muy esperados, porque el CRDC depende en buena medida de datos generales que podrían mantenerse más estables. Por ello, resulta interesante analizar los detalles de cómo los ítems del cuestionario aportan a los cambios totales.

Acercas de la variable sobre la *existencia de enfado*, a los 3 meses no existían diferencias significativas entre ambos grupos, pero a los 14 meses, aparecen diferencias significativas a favor de los dolientes de La Habana: el 98,7 % no expresa enfado, mientras que en Gran Canaria hay un 22,4 % que todavía expresa leve o moderada irritabilidad. En ambas

poblaciones se muestra una evolución positiva de este indicador (altamente significativa y significativa respectivamente). Se observa que en la muestra de los dolientes cubanos la emoción relativa al enfado por la pérdida de su cónyuge prácticamente no existe, por lo que no se generan dificultades en la elaboración del duelo al año posterior a dicha pérdida; sin embargo, en la muestra de los dolientes canarios, continúa la existencia de malestar emocional en esta variable. Algo similar también ocurre, aunque en menor magnitud, con el ítem que se refiere a *los sentimientos de culpa o auto-reproches*: a los 3 meses no había diferencias entre las dos poblaciones pero aparecieron de forma significativa 14 meses después, a favor de los dolientes cubanos que redujeron la existencia de tales sentimientos al 96 %. Los dolientes de Gran Canaria tuvieron avances, pero no representan una evolución significativa; en La Habana hubo más cambios que se reflejan de forma significativa. En referencia al ítem *cómo piensa el doliente que se las arreglará*, si bien a los 3 meses no existían diferencias significativas entre los dos grupos, a los 14 meses se reflejan diferencias altamente significativas: en Gran Canaria no hay cambios significativos (12 casos mejoran y 8 empeoran), mientras que en La Habana, 28 mejoran y ninguno empeora. Este es un ítem importante que de alguna manera se relaciona directamente con la vivencia de la resolución del duelo, de la elaboración de la pérdida, tal y como refieren autores clásicos y contemporáneos (Parkes & Weiss, 1983; Pangrazzi, 1995; García-García et al., 1995; Worden, 1997; Grau, 2011a; Grau et al., 2015). De esta forma, con el balance reflejado del CRDC en 2 momentos diferentes del proceso de duelo en las poblaciones de La Habana y Gran Canaria, se refuerza la noción de investigadores que atendiendo al duelo desde una perspectiva de proceso normal versus complicado, apuntan la idea de llevar el seguimiento de dicho proceso con la menor intervención posible, intentando identificar los predictores de riesgo de duelo complicado en base a características personales, sociodemográficas y socioculturales. Los instrumentos disponibles permiten que, con mínimo intrusismo y de

forma rápida, se puedan identificar los factores de riesgo de duelo complicado y sus características (Barreto et al., 2008; García, 2014; Gil-Juliá et al., 2008; Grau, 2011a; Pigerson & Jacobs, 2001; Sarmiento, 2014), como los que se emplean en esta investigación que tiene lugar en dos sociedades similares, pero de contextos socio-demográficos diferentes.

En las comparaciones entre los dos grupos poblacionales a nivel de ítems, en el test ITRD, entre duelo temprano y duelo tardío, con respecto a las referencias del pasado (primera parte), se puede comprender la evolución de determinados aspectos del duelo y su manejo. Así, se ha observado con respecto al ítem *tras su muerte le costaba relacionarse con algunas personas*, donde inicialmente no existían diferencias significativas, que aparecen diferencias significativas a los 14 meses, a favor de los cubanos, con tendencia al empeoramiento en los canarios. El ítem referido a *dificultades para concentrarse en el trabajo*, nos muestra resultados con tendencia significativa hacia mejoría en la muestra de canarios, con 42 casos que redujeron dicha expresión, y en la muestra de cubanos hubo tendencia a la mejoría pero muchos casos empeoraron. Destacamos el análisis del ítem *pérdida de interés en familia, amigos y actividades*: si en el momento del duelo temprano este ítem, con gran peso del componente motivacional se mostraba favorable a los canarios, a los 14 meses continúa con puntuaciones que indican mayor vulnerabilidad para la muestra de cubanos, pero con tendencia a empeorar en ambas poblaciones. Estos resultados recuerdan aportaciones en la literatura sobre duelo complicado, ya que cuando existen manifestaciones sobre un duelo no resuelto, aparece un síntoma característico que es la disminución del interés por el mundo exterior, sobre todo en lo que se relaciona con la persona fallecida. Por ello hay que recordar que el proceso de duelo va a tener una relación directa con el entorno personal, familiar y social (Grau, 2011a; Victoria et al., 2014).

. Al atender al análisis del ITRD a los 14 meses en su segunda parte (emociones actuales), y comparando los dos grupos poblacionales, destacamos que en las preguntas

todavía le resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo, a menudo se queda ensimismado pensando en su pareja, llora a escondidas cuando piensa en su pareja, nadie podrá ocupar el lugar que su pareja dejó en su vida, no puede dejar de pensar en su pareja, las personas y cosas que le rodean le hacen recordarlo/a, le invade la necesidad de que su pareja fallecida esté con el/ella, en la muestra de los cubanos existen menores proporciones de casos, lo cual puede estar asociado a mayor tendencia a la resolución del duelo a los 14 meses. En los canarios se advierten puntuaciones que indican mayor dificultad en dicha resolución. En la mayoría de los ítems los dolientes cubanos aparentan una situación significativamente más favorable que explican los resultados expuestos a nivel general del ITRD. Ninguno de los dos grupos poblacionales mantiene ventajas un año después, pero el análisis de antes-después muestra en canarios una tendencia notoria a una evolución más tórpida del proceso de duelo, mientras que en los cubanos no se observan estos cambios. Como se ha expresado reiteradamente en la actualidad por muchos autores, el curso del duelo, mucho más en la esfera emocional, no depende solamente de factores personales, sino también de factores socio-culturales específicos que pueden ser similares en estas poblaciones, pero que sin duda mantienen ciertas diferencias específicas (Bowlby, 1990; Fauré, 2004; González, 2000; Grau, 2011a; Meza-Dávalos et al., 2009; Victoria et al., 2014).

El análisis multivariado con la creación de sub-grupos de dolientes (clusters) a partir de la interacción en diferentes variables complementa el análisis univariado, y mostró cambios alentadores a nivel global a favor de la resolución del duelo, lo cual se corresponde con lo expresado por la mayoría de los autores que hablan de avances en este proceso de elaboración de las pérdidas durante el segundo año (Arranz & Barbero, 2011; Boo, 2013; Cabodevilla, 2007; Fonnegra, 2001; García-García et al., 1995; Gómez Sancho, 2007; Grau, 2011a; Landa et al., 2004; Pedralanda & García, 2004; Ramírez, 2007; Victoria et al., 2014).

En las figuras siguientes se intenta resumir los resultados del análisis de comparación entre poblaciones con los resultados del CDRC y el ITRD (primera y segunda parte). La interpretación de los diagramas producto de este complejo procesamiento es muy elocuente.

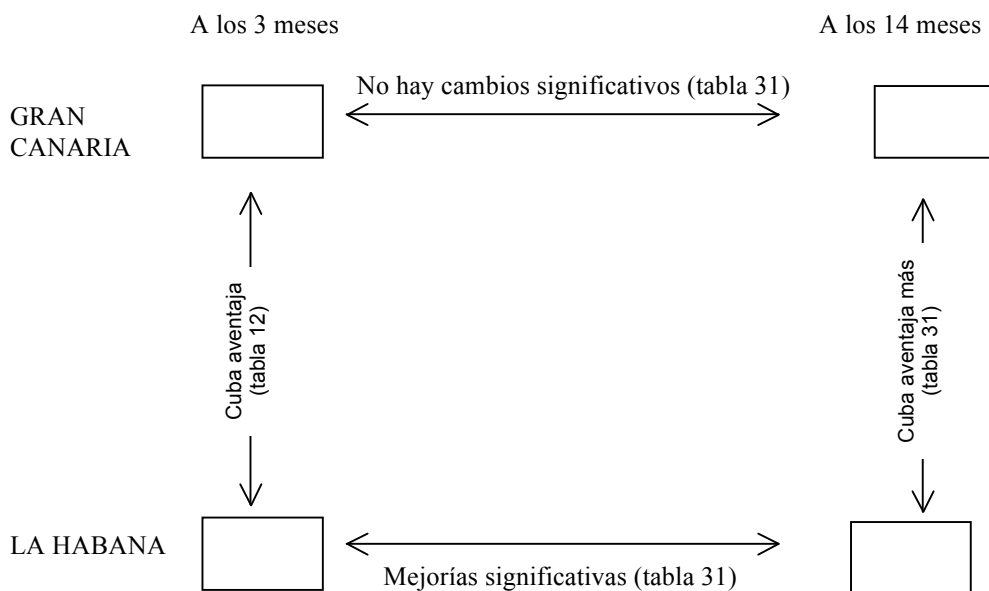


Figura 9
Resumen del esquema de comparación de poblaciones en relación con el CRDC.

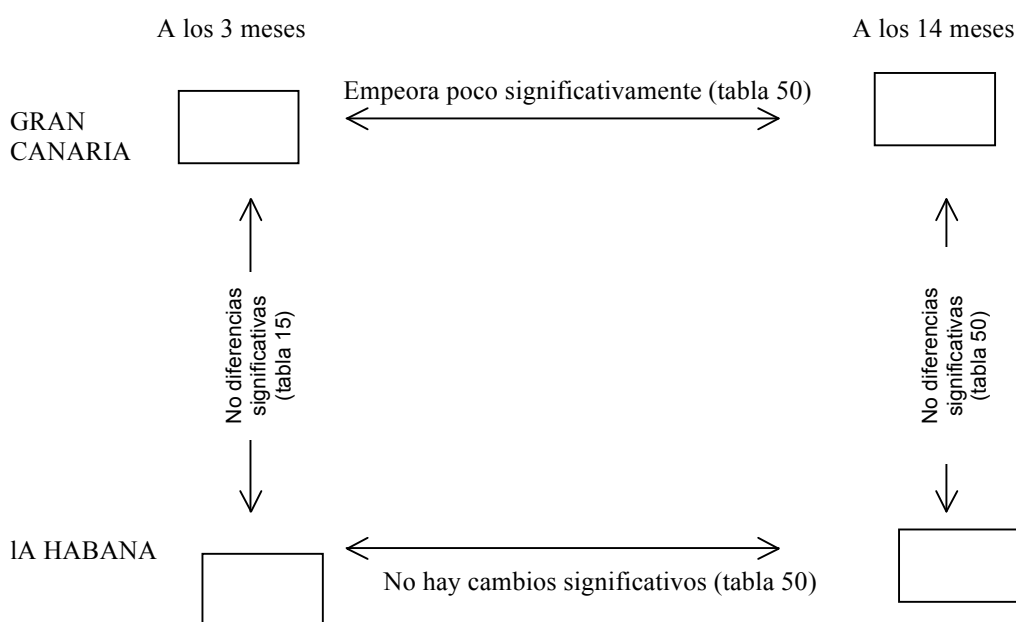


Figura 10
Resumen del esquema de comparación de poblaciones en relación a ITRD-I.

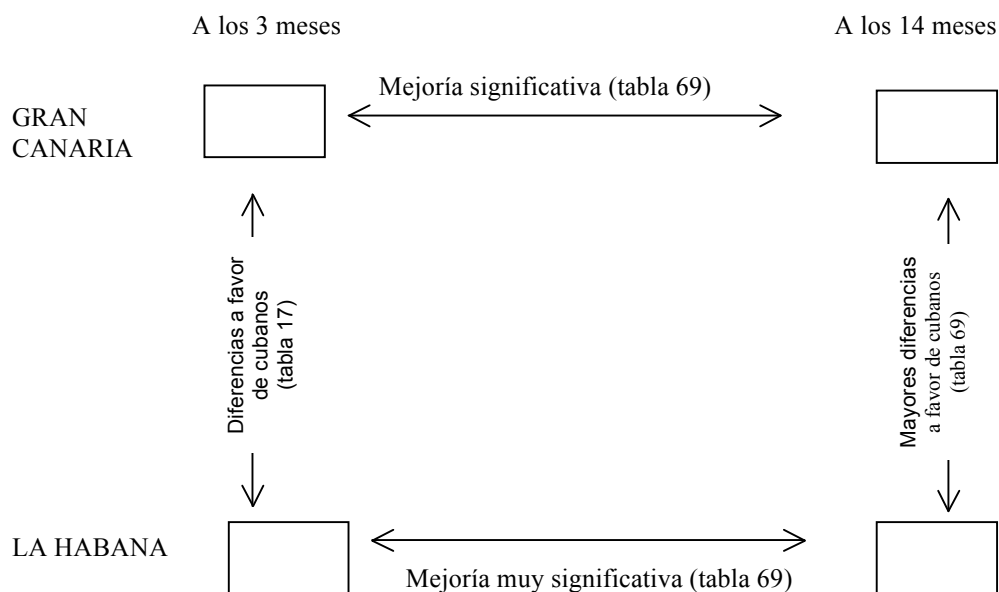


Figura 11
Resumen del esquema de comparación de poblaciones en relación con el ITRD-II.

En primer lugar (como se muestra en la figura 9), el riesgo de complicación del duelo (medido por el CRDC) es menor en dolientes de La Habana que en los de Gran Canaria. Las diferencias en cuanto al riesgo del duelo son más ventajosas para los cubanos a los 14 meses, incluso que a los 3 meses. No existen trabajos precedentes con los cuales pueda contrastarse este resultado: que los dolientes cubanos elaboran más rápidamente el proceso de duelo, algo manifiesto ya a los 14 meses.

Estudios realizados en Cuba posteriormente fueron llevados a cabo en cónyuges de pacientes oncológicos atendidos en diferentes modalidades de cuidados paliativos en el municipio “Plaza”, donde se realizó esta investigación (García, 2014) y en familiares de pacientes con cáncer atendidos en hospitales de este mismo municipio (Sarmiento, 2014), pero sólo se hicieron en etapa de duelo temprano, no incluyeron una exploración a los 14 meses del fallecimiento. Estas investigaciones corroboran los datos de nuestra investigación, en que el riesgo de duelo complicado sigue siendo bajo (alrededor del 30%) en fase de duelo

temprano, y se comporta como plantea la literatura estudiada sobre el tema (Barreto et al., 2008; García, 2014; Grau, 2011a; Sarmiento, 2014).

De acuerdo a lo que refleja la figura 10 con respecto a los comportamientos en el pasado (parte I del ITRD), no hay diferencias significativas entre lo que refieren los dolientes cubanos a los 3 y a los 14 meses de la pérdida; sin embargo, se observa en los canarios una tendencia al retroceso a los 14 meses que en el análisis se muestra como un empeoramiento poco significativo. De cualquier manera, la relativa estabilidad de esta escala, incluso susceptible a las distorsiones en la rememoración de las conductas que los dolientes tenían 11 meses atrás, queda demostrada prácticamente no sólo con el resultado del análisis antes-después dentro de cada grupo que se presentó anteriormente, sino también al no haber diferencias significativas entre los grupos poblacionales en los dos momentos, es decir, a los 3 y a los 14 meses de la pérdida. Lamentablemente, no existen referencias bibliográficas con aportes que permitan comparar estos interesantes resultados.

Finalmente, en correspondencia con lo que refleja el diagrama 3 en relación a los sentimientos actuales (parte II del ITRD aplicada a los 3 meses y luego a los 14 meses), sí se encontraron diferencias significativas tanto en el análisis dentro de cada grupo (antes-después), como en las diferencias entre los grupos poblacionales en los dos momentos de la aplicación de los instrumentos. Se mantiene la mejoría más manifiesta a favor de los dolientes cubanos en este análisis intra-grupo. Por otra parte, hay diferencias significativas entre los grupos en ambos momentos, siempre a favor de los dolientes de La Habana, aunque las mayores diferencias se observan a los 14 meses. Estos resultados no sólo refuerzan la noción de que los cubanos elaboran más rápidamente el duelo que los canarios, sino que apuntan a la sensibilidad de esta escala (parte II) del ITRD como indicador de la evolución del duelo, reforzando las recomendaciones de los autores de la versión inglesa y española (Faschingbager, 1977; Faschingbager et al., 1981; García-García et al., 2005). Similares

resultados con el ITRD fueron obtenidos en los trabajos recientes de evolución de duelo temprano realizados en Cuba (García, 2014; Sarmiento, 2014), reforzando la fortaleza de esta escala.

Resulta muy interesante la diferencia en el decursar del duelo entre dolientes cubanos y canarios. Las explicaciones a estos resultados no han sido objetivo de la investigación; a pesar de ello no podríamos dejar de comentarlos desde una perspectiva personal que profundice en las características e ideosincrasia de las dos poblaciones, y que se expresa en forma de vida, cultura, actitudes un poco similares, pero no idénticas. Considero que la resolución más rápida del duelo en cubanos que en canarios puede atender a varios factores. En Cuba, sus habitantes están más centrados en la solución de problemas de la cotidianidad (alimentación, adquisición de otros productos, transporte), problemas que vienen impactando desde hace décadas a la población. La forma en que los cubanos abordan su solución (enfrentamientos) puede ser un notorio distractor de sentimiento de pérdida. De hecho, los cubanos han vivido y viven muchas experiencias de pérdida, aún cuando no se refieren solamente a la muerte de cónyuges (disolución familiar, emigración, pérdidas de condiciones de vida por afectaciones naturales como huracanes, etc.). Desde el punto de vista psicológico, incluso centrándonos en la pirámide de necesidades de Maslow, los cubanos podrían tener más pensamientos distractores, no directamente enfocados en la pérdida, por las necesidades primarias a las que deben atender diariamente. Por otra parte, pesa la alegría y el bullicio de los cubanos, con tendencia a la capacidad de disfrute compartido, contagiantes hasta en personas adultas mayores. Aún a pesar de las necesidades primarias, también pueden estar contribuyendo los compromisos contraídos para con el resto de la familia en actividades laborales o de estudio. La mayoría de los viudos y viudas, conviven con familias extensas, donde muchos miembros de éstas realizan estudios de pre o postgrado o trabajan lejos o incesantemente, pudiendo ello derivar en que los adultos mayores dolientes aporten ayuda,

compañía, colaboración, según necesidades familiares, y no se aferren por largo tiempo al sentimiento disfórico de la pérdida. Por supuesto, hay distimia, pena, sufrimiento, pero parece que cursa algo más rápidamente que en los canarios, quienes desde su filosofía de vida, tienden a una búsqueda de la felicidad y bienestar desde una perspectiva económica y de imagen externa. En estos últimos, puede estar más presente una racionalización de lo emocional basada en el mecanismo de autocontrol, surgiendo la idea de competencia social como forma de relación con los otros, y con manejo en la vida emocional tendente a la represión más que a la expresión abierta, compartida y permitida.



Conclusiones

Conclusiones

1) El nivel de riesgo para un duelo complicado en cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer en Gran Canaria y en el municipio "Plaza" de la ciudad de La Habana ha incorporado el análisis de variables sociodemográficas y epidemiológicas similares y específicas de ambos grupos poblacionales, así como las puntuaciones en instrumentos que están dirigidos a diferenciar un alto y bajo nivel de riesgo y a caracterizar comportamientos tras la pérdida de la pareja y los sentimientos actuales que permiten una puntuación que apunta a la intensidad de manifestaciones del duelo.

2) El riesgo de complicación del duelo, medida por el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado es menor en dolientes de La Habana que en los de Gran Canaria. Esto se pone de manifiesto no solamente en el análisis de comparación de las poblaciones en los dos momentos de aplicación del instrumento (a los 3 meses y a los 14 meses), sino en un análisis evolutivo en cada grupo poblacional desde la fase temprana del duelo (a los 3 meses) hasta una fase más tardía (a los 14 meses).

3) Los cubanos elaboran más fácilmente el proceso de duelo desde fases más tempranas en comparación con los dolientes canarios.

4) No hay diferencias significativas al referirse a los comportamientos del pasado en la sub-escala correspondiente del Instrumento de Texas Revisado de Duelo en los dolientes cubanos a los 3 y a los 14 meses de la pérdida, en los canarios tiene lugar una tendencia al retroceso a los 14 meses que en el análisis se muestra como cierto empeoramiento.

5) Se observan diferencias significativas en los sentimientos actuales que corresponde a la sub-escala con tal denominación en el Instrumento de Texas Revisado de Duelo, cuando se comparan las poblaciones a los 3 meses y a los 14 meses del fallecimiento del cónyuge y también en el análisis de cada grupo de antes (3 meses) a después (14 meses).

6) Aunque existe una mejoría significativa en la sub-escala de sentimientos actuales del Instrumento de Texas Revisado de Duelo en ambos grupos poblacionales de dolientes cuando se analiza de antes a después, se mantiene la mejoría más favorable para los dolientes cubanos.

7) Los instrumentos empleados parecen ser útiles para el seguimiento no intrusivo del duelo durante un período de 14 meses después de la pérdida. El Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado, sencillo y práctico, permite inferir niveles de riesgo. El Instrumento de Texas Revisado de Duelo manifiesta una relativa estabilidad en la sub-escala de comportamientos del pasado (más cognitiva y conductual), aún cuando se refiere a esta etapa inmediata después de la pérdida del cónyuge a los 14 meses, y una alta sensibilidad a los cambios en la sub-escala de sentimientos actuales (más emocional), que permite monitorear indicadores específicos y la intensidad total del duelo. Ambos instrumentos permiten, asimismo, estudiar el papel que tienen algunos aspectos o factores que la literatura recoge como asociados al duelo complicado, para estudios posteriores más específicos.

Recomendaciones

1. Introducir los resultados inmediatos de esta investigación en la práctica asistencial de atención con seguimiento no intrusivo a personas en duelo en ambos grupos poblacionales.
2. Continuar esta línea de investigación en estudios transculturales con mayores muestras y de diferentes países a fin de conocer particularidades y semejanzas del curso del proceso de duelo en función de variables socio-demográficas, epidemiológicas y culturales.
3. Diseñar y llevar a la práctica estudios multicéntricos y multinacionales dirigidos al perfeccionamiento de las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados que parecen ser muy valiosos para el seguimiento del proceso de duelo.



Bibliografía

Bibliografía

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Ader, R. & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-340.
- Ader, R., Cohen, N. & Felten, D.L. (1987). Brain, behaviour and immunity. *Brain, Behavior and Immunity*, 1, 1-6.
- Ader, R., Felten, D.L. & Cohen, N. (Eds) (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd. ed). San Diego, Ca: Academic Press.
- Ader, R., Cohen, N. & Felten, D.L. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *The Lancet*, 345, 99-103.
- Andersen, B.L. (1996). Psychological and Behavioral Studies in Cancer, Prevention and Control. *Health Psychology*, 15(6), 411-425.
- Ángel, G.L. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress. *Ann Intern Medicine*, 74, 771-782.
- Antonelli, F. (1990). *Per morire vivendo* (3^a. ed.). Roma: Città Nuova Editrice.
- Arés, P. (2007). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Arce Bustabad, S. (2007). *Inmunología Clínica y Estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo*. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas.
- Arnetz, B.B., Wasserman, J., Petrini, B., Vrenner, S.O., Levi, L., Eneroth, P. et al. (1987). Immune function in unemployed women. *Psychosom Medicine*, 49, 3-12.
- Arranz, P. & Barbero, J. (2011). *Módulo comunicación, gestión emocional y duelo*. XII edición Master en Cuidados Paliativos. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Attig, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- Augagneur, M.F. (1991). *Vivre le deuil*. Lion: Crónica Social.
- Bacher, J., Wenzig, K. & Vogler, M. (2004). SPSS Two Step Cluster – A First Evaluation. Sixth International Conference on Social Science Methodology, Lehrstuhl für Soziologie,

Amsterdam, Recuperado de: <http://www.sociologie.wiso.uni-erlangen.de/mitarbeiter/knut-wenzig/vortraege>

Barreto, P. & Soler-Saíz, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.

Barreto, P., Yi, P. & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-500.

Barreto, P., De la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de Duelo Complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.

Bartrob, R.W., Lazarus, L., Luckhurst, E., Kiloh, L.G. & Penny, R. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *The Lancet*, 1, 834-836.

Batista, M.C., Ojeda, M. & Gómez, M. (2015). *Estudio de Investigación sobre la Valoración del duelo de las familias de los pacientes tratados en una Unidad de Medicina Paliativa de Gran Canaria y La Habana (14 meses)*. Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, pp. 193. Madrid, 13/15 noviembre.

Batista, M.C. (2015). Intervención psicológica en el proceso de pérdida y duelo. En M. Gómez (drtor.). *La atención a la familia. El proceso de duelo*. (En prensa). Editorial Aula-Interdisciplinar.

Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica (2ª. ed.)*. Barcelona: Martínez Roca.

Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.

Bayés, R. (1995). *SIDA y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.

Bayés, R. & Borrás, X. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. En: M.A. Simon (ed.) *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología, aplicaciones (Cap. II, pp. 77-114)*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Beckwith, B.E., Beckwith, S.K., Gray, T.L., Micsko, M.M., Holm, J.E., Plummer, V.H. & Flaa, S.L. (1990). Identification of spouses at high risk during bereavement: a preliminary assesment of Parkes and Weiss' Risk Index. *The Hospice Journal*. 6, 35-46.

Berczi, Bertock, L. & Chow, D. (2000). The natural immunity and neuroimmune host defense. *Ann N.Y. Acad of Sci*, 917, 248-257.

Bermejo J. C. (2003). *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. Madrid: San Pablo.

- Bermejo, J.C. (2005). *Estoy en duelo*. Madrid: Casa Revuelos.
- Bermejo, J. C. (2008). *Cómo ayudar a la persona en duelo. Curso-taller básico de counselling*. Madrid, Tres Cantos.
- Black, P. (1994). Central nervous system-immune system interactions: psychoneuroendocrinology of stress and its immune consequences. *Antim Agen Chemo*, 38(1), 1-6.
- Blaclock, J.E. (1994). The syntax of immune-neuroendocrine communication. *Immunol Today*, 15(11), 504-511.
- Boo, Ma.J. (2013). *El duelo. Cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos*. Trabajo de fin de Grado del Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria.
- Borrás, F.X. (1995). Psiconeuroinmunología: efectos del estrés psicológico sobre la función inmune en sujetos humanos sanos. *Ansiedad y Estrés*, 1, 21-35.
- Bowlby, J. (1990). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Brothers, J. (1992). *Vivir sin él. Cómo superar el trauma de la viudedad*. Barcelona: Grijalbo.
- Brown, S., O'Leary A. & Murasko, D.M. (1989). *Psychosocial correlates of immune function in a healthy elderly cohort*. Paper to X Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Francisco, California.
- Bunch, J. & Barraclough, B. (1971). Suicide following death of parents. *Social Psychiatry*, 6, 193-199.
- Butler, R. N.(1975). *Why survive?.* Nueva York: Harper & Row.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*, 30 (supl. 3).
- Campos, M. & Rojo, M. (2012). Aflicción anticipatoria o duelo anticipado. [Blog: La vida en la luz]. Recuperado de <http://www.geosalud.com>
- Carr, A.T. (1992). Muerte y Duelo. En: H. Martin (ed.) *Psicología en el trabajo social* (pp. 290-291). Madrid: Pirámide.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.

- Clayton, P.J. (1974). Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Archiv Gen Psychiatry*, 125, 747-750.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A. & Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *The New England J of Medicine*, 325, 606-612.
- Cohen, S. (1996). Psychological stress, immunity and upper respiratory infections. *Current Directions in Psychological Science*, 5, 86-90.
- Christakis, N.A. & Allison, P.D. (2006). Mortality after the hospitalization of a spouse. *New England Journal Medicine*, 354(7), 719-730.
- Christensen, A.J., Edwards D.L., Wiebe, J.S., Benotsch, E.G., McKelvey L., Andrews, M. et al. (1996). Effect of verbal self-disclosure on natural killer cell activity: moderating influence of cynical hostility. *Psychosom Medicine*, 58, 150-155.
- Chrousos, G.P. (2000). The stress response and immune function: clinical implications. *Ann N.Y. Acad of Sci*, 917, 36-37.
- Cox, P.R. & Ford, J.R. (1964). The mortality of widows shortly after widowhood. *Lancet*, 1, 163-164.
- Decision Trees Learning to Classify with Branching Test (2008). Recuperado de: <http://www.aaai.org/AITopics/pmwiki/pmwiki.php/AITopics/DecisionTrees>
- Domínguez, B. & Montes, J. (2000). Psicoinmunología y procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud. *Psicología y Salud*, 10(2), 31-45.
- Dorian, B. & Garfinkel, P.E (1987). Stress, immunity and illness. A review. *Psychol Medicine*, 17, 393-407.
- Erskine, R., Moursund, J. & Trautmann, R.L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationhip*. Filadelfia: Brunner Mazel.
- Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K., Bodnar, J.C. & Glaser, R. (1994). Chronic stress, social support and persistent alterations to the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology*, 13, 291-298.
- Faschingbauer, T.R., De Vul, R.A. & Zissok, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *Am J Psychiatry*, 134, 696-698.
- Faschingbauer, T.R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston: Honeycomb Publishing.

- Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo. La pérdida de un ser querido*. Barcelona: Muscaria.
- Fawzy, F.I., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N. & Fahey, J.L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch of Gen Psychiatry*, 47, 729-735.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey J.L. & Morton D.L. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psych*, 50, 681-689.
- Fernández-Liria, A. & Rodríguez-Vega, B. (2013). *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso de duelo*. Madrid: Arán.
- Flórez S.D. (2002). *Duelo*. Recuperado de: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3>
- Fonnegra De Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. Bogotá: Editorial Andres Bello.
- Gabriel, R.M. & Kirschling, J.M. (1989). Assessing grief among bereaved elderly: a review of existing measures. *Hosp J*, 5, 29-54.
- Gamo-Medina, E., Del Álamo, C., Hernangómez, L. & García, A. (2000). Problemática clínica del duelo en la asistencia en Salud Mental. *Psiquiatría Pública*, 12(3).
- Gamo.Medina, E. & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104).
- García-Albea, E. & García-Albea, J. (2000). Cerebro, mente y síntoma. *Rev Neurol*, 42(7), 439-445.
- García-García, J.A., Landa, V. & Trigueros, M.C. (1995). El proceso de duelo en atención primaria. En: L. De la Revilla (ed.), *Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria* (pp. 181-207). Madrid: Saned.
- García-García, J.A., Landa, V., Prigerson, H., Echevarría, M., Grandes, G., Mauriz, A. et al. (2001). Adaptación al español del Inventario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). *Medicine Paliat*, 9 (2): 10-11.

- García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M. & Gaminde, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*, 35, 353-358.
- García Infante, L. (2014). *Duelo temprano en cónyuges de pacientes oncológicos atendidos en diferentes modalidades de cuidados paliativos en el municipio "Plaza de la Revolución"*. Trabajo de diploma en Psicología, (mención salud), Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Genevro J. L., Marshall T. & Miller T. (2003). Report on Bereavement and Grief Research. Washington, DC: Center for the Advancement of Health. Recuperado en: <http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A. & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Ginsburg, G.D. (1999). *No estás sola cuando él se va, consejos de viuda a viuda*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gómez Sancho, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán.
- González, C. (2012). La viudez. Como sobrellevar la viudez. El duelo de perder a un cónyuge [Punto vital]. Recuperado de: <http://www.puntovital.cl/cuerpo/mente/viudez.htm>
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Rev Cub Med Gen Integr*, 16(3), 270-276.
- Grau, J., Hernández, E. & Vera-Villaruel, P. (2005). Estrés, salutogénesis y personalidad. En: E. Hernández y J. Grau (Eds.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-179). Guadalajara: Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Grau, J. (2011a). *El duelo*. Conferencia en el Diplomado de Cuidados Paliativos. Facultad de Ciencias Médicas. Manuscrito no publicado. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, 10 octubre.
- Grau, J. (2011b). Los problemas espirituales al final de la vida: consideración y manejo. Conferencia en el Diplomado de Cuidados Paliativos. Manuscrito no publicado. Facultad de Ciencias Médicas "10 de octubre", Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.
- Grau, J., Chacón, M. & Reyes, M.C. (2012). *Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Grau, J. & Vargas, E. (2011). Ponencias en el Seminario Estrés y Psiconeuroendocrinología. Manuscrito no publicado. Guadalajara: Laboratorios Pisa.

- Grau, J., Victoria, C.R. y Vargas, E. (2015). *Perder, sufrir y seguir. El proceso de duelo*. Guadalajara: Editorial de la Unidad de Psicología de la Salud (UNIDAPSA).
- Grau, R. (1994). *Estadística aplicada con ayuda de paquetes de software*. Guadalajara: Editorial de la Universidad de Guadalajara.
- Grau, R., Correa, C. & Rojas, M. (2004). *Metodología de la Investigación (2ª ed.)*. Ibagué: Colombia: Editorial El Poirá.
- Graus, A.S. & Lilienfeld, A.M. (1959). Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J Chron Dis*, 10, 207-217.
- Greer, S. (2000). What's in a name: neuroimmunomodulation or psychoneuroimmunology? *Arch N.Y. Acad of Sci*, 917, 568-574.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. & Hatbittle, J.L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-years outcomes. *The Lancet*, 335, 49-50.
- Grollman E. A. (1986). *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Barcelona: Ediciones 29.
- Grossarth-Maticek, R. (1991a). Personality and cancer, predictions and prophylaxis. In: O.F. Nygaard & A.C. Upton (Eds.). *Anticarcinogenesis and radiation protection 2*. New York: Plenum Press.
- Grossarth-Maticek, R. (1991b). Creative innovation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part I. Description of Treatment. *Behav Res Ther*, 29, 1, 1-16.
- Grossarth-Maticek, R. (1991c). Creative innovation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part II. Effects of Treatment. *Behav Res Ther*, 29, 1, 17-31.
- Gruber, B.L., Hall, N.R., Hersh, S.P. & Dubois, P. (1988). Immune system and psychological changes in metastatic patients using relaxation and guided imagery. A pilot study. *Scand J Beh Ther*, 17, 25-46.
- Hansson, R.O., Carpenter, B.N. & Fairchild, S.K. (1993). Measurement issues in bereavement. In: M.S. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.) *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention (pp. 62-74)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hanus, M. (1994). *Les Deuils dans la vie*. Paris: Maloine.

- Harris, T. & Kendrick, T. (1998). Bereavement in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br J Gen Pract*, 46, 1560-1564.
- Helsing, K.J. & Szclo, M. (1981). Mortality after Bereavement. *Am J Epidemiol*, 114, 41-52.
- Helsing, K.J., Szclo, M. & Comstock, G.W. (1981). Factors associated with mortality after widowhood. *Am J Publ Health*, 71, 802-809
- Holc, T. (2015). *El adiós. Psicogenealogía*. Recuperado de http://psicogenealogia.org/?page_id=330
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11, 213-218.
- Infante, O. (2012, 3 de abril). Duelo. Entrevista en sección “Consulta Médica” del periódico *Granma*, p. 2.
- Irving, M., Daniels, M., Bloom, E., Smith, T. & Weiner, H. (1987). Life events, depressive symptoms and Immune function. *Am J Psychiatry*, 4, 437-441.
- Jacobs, S. & Ostfeld, A. (1977). An epidemiological review of bereavement. *Psychosom Medicine*, 39, 344-357.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, I. & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry*, 51, 269-74.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic Grief: Diagnosis, Treatment, and Prevention*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- James J.W. & Friedman R. (2001). *Manual para superar pérdidas emocionales*. Madrid: Los libros del comienzo.
- Jülicher, J. (2004). *Todo volverá a ir bien, pero nunca será como antes. El acompañamiento en el duelo*. Madrid: Sal Térrea.
- Kaplan, H. & Sadock. B. (1999). Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: H. Kaplan y B. Sadock (Eds.). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta – Psiquiatría Clínica* (8ª. ed., pp. 78-93). Madrid: Editorial Panamericana.
- Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95.647 widowed persons. *Am J Public Health*, 77, 283-287.

- Kemeny, M.E., Weiner, H., Duran, R., Taylor, S.E., Visscher, B. & Fahey, J.L. (1995). Immune system changes after the death of a partner in HIV-positive gay men. *Psychosomatic Medicine*, 57, 547-554.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Ricker, D., George, J., Messick, G., Speicher, C.E., Garner, W. et al. (1984). Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosom Medicine*, 46, 15-23.
- Kiecolt-Glaser, J.K. (1987). Psychosocial moderators of immune function. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 16-20.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Shuttleworth, E.C. et al. (Eds.) (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosom Med*, 49, 523-535.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1991). Stress and immune function in humans. In: R. Kiecolt Glaser, J.K., Glaser, R., Shuttleworth, E.C., Dyer, C.S., Ogrocki, P. & Speicher, C.E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosom Medicine*, 49, 523-535.
- Kiecolt-Glaser, J.K. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *J of Consulting and Clin Psychol*, 60, 560-575.
- Kiecolt-Glaser, J.K. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosom Medicine*, 57, 269-274.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey, W.B., Mercado, A.M. & Glaser, R. (1996). El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. *The Lancet 1996*, 28, 188-191 (edición española).
- Kissane D. W. (2005). Bereavement. in: Doyle, Cherny and Calman (Eds). *Textbook of palliative Medicine* (pp. 217-225). New York: Oxford.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Landa, V. & García-García, J.A. (2004). Guías de Duelo. *Guías Clínicas*, 4(40).
- Lazare, A. (1979). Unresolved grief. In: A. Lazare (Ed). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (pp. 498-512). Baltimore: Williams y Wilkens.
- Longaker, C. (2008). *Para morir en paz*. Guía de cuidados psicológicos y espirituales para la enfermedad, el duelo y la muerte. Institut gestalt.

- López, M., Ela, M., Bartolomé, N., Gómez, J. & García-García, J.A. (2001). *Is the use of the health care system increased by grief?*. Proceedings of the 7th Congress of the European Association for Palliative Care (pp. 157). Palermo, Milano, Italy, april 1-5.
- López-Cantó, P., (2009). El sueño en los campos de concentración. *Revista Laguna*, 25, 79-92.
- Louro, I. (2008). Campo de la salud del grupo familiar. En: S. Alvarez (Ed). *Medicina General integral (I-Salud y Medicina)*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez, C. et al. (2001) Manual de Intervención en Salud Familiar [en línea]. DOI: <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>
- Lutgendorf, S. & Constanzo, E. (2003). *Psychoneuroimmunology and health psychology: an integrative model*. *Brain Behaviour and Immunity*. Elsevier Science (USA), 17(4), 225-232. Recuperado de www.sciencedirect.com
- McMahon, B. & Pugh, T.F. (1965). Suicide in widowed. *Am J Epidemiol*, 81, 23-31.
- Maddison, D. & Viola, A. (1968). The health of the widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res*, 12, 297-306.
- Martín, L.M., García-Ribera, C. & Bulbena, A. (2004). El abordaje del duelo y la situación de crisis. [Revista electrónica cuadernos de crisis. Cuaderno 3 - Volumen 1]. DOI: <http://www.cuadernosdecrisis.com/index2.html>
- Mazorra, L. & Tinocco, V. (2005). *Duelo en la infancia. Intervenciones psicológicas en diferentes contextos*. Campañas, Sao Paulo: Libro Nuevo. (en portugués)
- Melltröm, D. et al. (1982). Mortality among the widowed. *Scan J Soc Medicine*, 10, 33-41.
- Metalnikov, S. y Chorine, V. (1926). Rôle des réflexes conditionnels dans l'immunité. *Annales de l'Institut Pasteur*, 40, 893-900.
- Meza-Dávalos, E.G., García, S., Torres-Gómez A., Castillo, L., Sauri-Suárez, S. & Martínez-Silva, B. (2008). El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Rev Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Montoya, J. (2003). *Guía para el Duelo*. Medellín: Editorial Piloto, Funeraria San Vicente.
- Moriyana I. (1968). *Indicators of social change problems in the measurements of health status*. New York: Russell Sage Foundation.

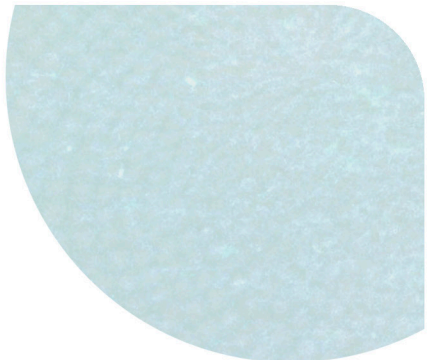
- Murphy, G.E. & Robins, E. (1967). Social factors in Suicide. *JAMA*, 199, 303-308.
- National Health Institute-NHI, U.S. Department of Health & Human Services (2015). *El duelo por la muerte de un cónyuge*. Recuperado de <http://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/duelo-muerte-conyuge>
- Navarro M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. *Información Psicológica*, 17(88), 841-983.
- Neimeyer, R.A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructive Psychology*, 12, 65-85
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Nomen L. (2007). *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Nomen L. (2008). *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Novellas A. & Pajuelo M. M. (2003). La atención a los familiares del enfermo. En: M. Gómez Sancho (Ed.). *Avances en Cuidados Paliativos (Vol. III, pp 395-428)*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS.
- O'Hanlon W. (2005). *Crecer a partir de las crisis*. Barcelona: Paidós
- Ojeda, M., Gómez, M. & Batista, M.C. (2012). *Evaluación del Riesgo de Duelo Complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir cuidados paliativos en Gran Canaria*. Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, pp. 161. Badajoz, 9-11 mayo.
- Olmeda, M.S. (1998). *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Mater Line.
- Oviedo, S.J., Parra, F.M. & Marquina, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 15.
- Pangrazzi A. (1993). *La pérdida de un ser querido*. Madrid: Ediciones Paulinas.
- Pangrazzi A. (2002). *El duelo. Como elaborar positivamente las pérdidas humanas*. Madrid: San Pablo.
- Parkes, C.M. (1964). Effects of bereavement on physical and mental health-a study of the medical records of widows. *Brit Med J*, 2, 274-279.

- Parkes, C.M., Benjamin, B. & Fitzgerald, R.G. (1969). Broken Heart: a statistical Study of increased mortality among widowers. *Br Med J*, 1, 740-743.
- Parkes, C.M. & Brown, R.J. (1972). Health after bereavement: a controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom Medicine*, 34, 449-461.
- Parkes, C.M. (1980). Aspectos psicológicos. En: C. Saunders (Ed.) *Cuidados de la enfermedad maligna terminal* (pp. 83). Barcelona: Salvat.
- Parkes, C.M. & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Payás A. (2007). Intervención grupal en duelo. En: *Sociedad Española de Oncología Médica (Eds). Duelo en Oncología* (pp. 169-182). Girona: SEOM.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pedralanda, V.L. & García, J. (2004). *Guía del duelo*. Centro de salud de Basauri-Ariz y Kueto. Sestao de Vizcaya.
- Pennebaker, J.W. (Ed). (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, D.C.: APA.
- Pérez, M.(2015). *El duelo. Fundación Salud*. Recuperado de: www.tuotromedico.com/temas/duelo.htm
- Petrie, K.J., Booth, R.J., Pennebaker, J.W., Davison, K.P. & Thomas, M.G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *J of Consult and Clin Psychol*, 63, 787-792.
- Phillips, D.P., Ruth, T.E. & Wagner, L.M. (1994). Psicología y supervivencia. *The Lancet*, 24, 178-181 (edición española).
- Pincus, L. (1974). *Death and the family: The Importance of mourning*. New York: Pantheon.
- Prigerson, H.G. & Jacobs, S.C. (2001). Caring for bereaved patients. All the doctors just suddenly go. *JAMA*, 286, 1369-1376.
- Psicología y Salud Mental (2014). *El proceso de duelo y el duelo patológico*. Recuperado de: <http://www.salud-mental.org/?p=2973>

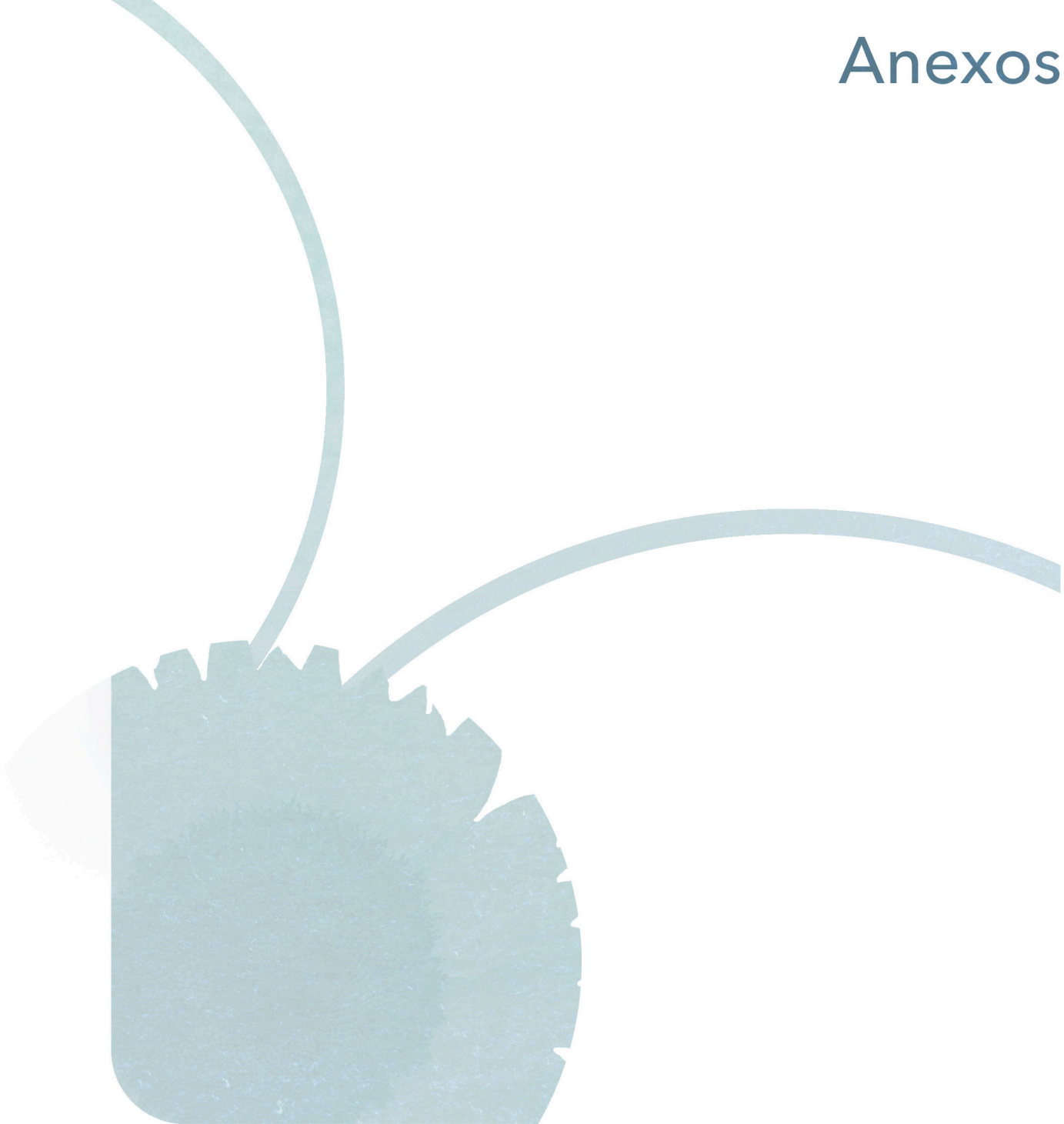
- Ramírez, M.M. (2007). Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos. *Rev Ciencia y Cuidado*, 4(4), 36-44.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.J. & Visscher, B.R. (1994). Realistic acceptance as a product of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Rees, W.D. & Lutkins, S.G. (1967). Mortality of Bereavement. *Br Med J*, 4, 13-16.
- Restrepo, K. (2013). Aspectos psicológicos de duelo anticipatorio [Versión electrónica. Revista Electrónica de Psicología Social "Poiesis"]. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/1020/908>
- Reyes, M.C., Grau, J. & Chacón, M. (2009). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Robbins, J.L., McCain, N.L., Gray, D.P., Elswick R.K. Jr., Walter J.M. & Mc Dade, E. (2006). Research on Psychoneuroimmunology: Tai Chi as a stress management approach for individuals with HIV disease. *Appl Nurs Res*, 19(1), 2-9.
- Rodríguez, C. (2011). *El duelo. Cuidados enfermeros en el duelo hospitalario*. Trabajo de fin de grado del Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria.
- Rojas, S. (2005). *El manejo del duelo*. Barcelona: Gránica.
- Saunders, C.M. (1989). *Grief: the mourning after*. New York: John Wiley & Sons.
- Sanders, A. (2013). *Fundación Livestrong*. Recuperado de http://www.livestrong.com/es/duelo-muerte-conyuge-info_14780/
- Sarmiento Álvarez, L. (2014). *Duelo temprano en familiares de pacientes con cáncer atendidos en hospitales del municipio "Plaza de la Revolución" durante 2013-2014*. Trabajo de diploma en Psicología, mención salud de la Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana.
- Saunderson, E.M. & Ridsdale, L. (1999). General Practitioner' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *Brit Med J*, 319, 293-296.
- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thornton, J.C. & Stein, M. (1987). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA*, 250, 374-377.

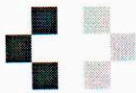
- Solomon, G.F. (1987). Psychoneuroimmunology. Interactions between Central Nervous System and Immune System. *J of Neuroscience Res*, 18, 1-9.
- Solomon, G.F. & Moos, R.H. (1964). Emotions, immunity and disease: a speculation therotetical integration. *Archives on General Psychiatry*, 11, 657-664.
- Somers, A.R. (1979). Marital status, health and use of health services, *J Am Med Assoc*, 241, 1818-1822.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, october, 888-892.
- SPSS Inc. Help on line: SPSS 13.0 for Windows (2004). Decision Trees. Growing Methods. DOI: <http://www.spss.com> y “on line” en el software.
- Suárez Vera, D.M. (2002). *Personalidad, cáncer y sobrevida*. La Habana: Científico-Técnica.
- Temoshock, L.R. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer. Towards an integrative model. *Cancer Surv*, 6, 545-567.
- Temoshock, L.R. (2000). Complex coping patterns and their role in adaptation and neuro-immunomodulation. Theory, methodology and research. *Ann NY Acad Sci*, 917, 446-455.
- Terr, A.I. (1995). Psychoimmunology and the practice of allergy (editorial). *Clin and Experim Allergy*, 25, 483-484.
- Tizón, J.L. (1996). El duelo en atención primaria a la salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1, 547-566.
- Tizón J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.
- Vachon, M.L.S. (1976). Grief and Bereavement following the death of a spouse. *Canad Psychiatr Assoc J*, 21, 35-44.
- Vera-Villarroel, P. & Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Rev Latinoam Psicol*, 31, 271-289.
- Vera-Villarroel, P. (2001). Aprendizaje de respuestas inmunológicas. Evidencia experimental. *Rev Colombiana de Psicología*, 10, 21-28.
- Victoria, C.R., Grau, J., & Infante, O. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad. La atención primaria como escenario para su atención. *Rev Cub Med Gen Int*, 30(1), 121-131.

- Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, Biblioteca Watchtower (2015). *Perder a un cónyuge, Como ayudar a quien ha enviudado*. Recuperado de: <http://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/2010323>
- Worden, R. (1997). *Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association, JAMA, 310* (20), 2191-2194. DOI: 10.1001/jama.2013.281053.
- Young, M., Benjamin, B. & Wallis, C. (1963). Mortality of Widowers. *Lancet, 2*, 454.
- Zissook, S. & DeVaul, R.A. (1985). Unresolved grief. *Am J of Psychoanalysis, 45*, 370-379.
- Zissook, S. & Shuchter, S.R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry, 148*, 1346-1352.



Anexos





Servicio
Canario de la Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/COMITÉ DE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

D. PEDRO LARA JIMÉNEZ, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica-Comité de Ética en la Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

CERTIFICA:

Que este Comité, según consta en el **Acta 09/2013** de fecha 26 de septiembre, ha evaluado, según la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, la propuesta del promotor para que se realice el **Proyecto de Investigación** titulado:

"Actualización del proyecto de evaluación del riesgo del duelo complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir cuidados paliativos en Gran Canaria y en La Habana. 2009-2010"

Promotor: Manuel Ojeda Martín. Investigación Independiente

Código AEMPS: no aplica, Proyecto de investigación biomédica (Ley 14/2007).

Código CEIC Negrín: 130070

Protocolo: versión inicial de fecha 18 de Septiembre de 2013

Hoja de Información al Paciente y Documento de Consentimiento Informado: versión inicial de fecha 18 de Septiembre de 2013

Primer CEIC que lo evalúa: CEIC del Hospital Univ. De Gran Canaria Dr. Negrín

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento previsto para el estudio.

El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Asimismo, este Comité **ACEPTA** que dicho **Proyecto de Investigación** sea realizado en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín por el **Dr. Manuel Ojeda Martín** de la **Unidad de Cuidados Paliativos** como investigador principal.

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el R.D. 223/2004.

Que su composición actual es la siguiente:

PRESIDENTE: D^o. Pedro Lara Jiménez (F.E.A. Oncología Radioterápica)



Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

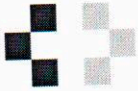
Comité Ético de Investigación Clínica CEIC/CEI

ceichugcdn.scs@gobiernodecanarias.org

Barranco de la Ballena S/N

35010 Las Palmas

Tel: 928 44 90 71 FAX 928 44 98 05



Servicio
Canario de la Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
GRAN CANARIA DOCTOR NEGRIN



VOCALES:

- Dº. Miguel Ángel García Bello (No Sanitario adscrito a la Unidad de Investigación)
- Dº. Ayoze Nauzet González Hernández (F.E.A. Servicio de Neurología)
- Dº. Javier Díaz Moreno (Licenciado en Derecho, F.E.A. Servicio de Admisión)
- Dª. Trinidad Revilla Villegas (Enfermera Docencia)
- Dº. Jorge Solé Violán (F.E.A. Medicina Intensiva)
- Dª. Luz Casasnovas Susana (Farmacóloga Clínica, Facultad de Medicina de la ULPGC)
- Dº. Daniel Sebastián Ceballos Santos (F.E.A. Servicio de Digestivo)
- Dª. Soledad Ojeda Bruno (F.E.A. Servicio de Reumatología)
- Dº. Francisco Rodríguez Esparragón (No Sanitario, Técnico Superior de la Unidad de Investigación)

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria, a 27 de septiembre de 2013

El Presidente



Fdo.: D. Pedro Lara Jiménez



Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrin
Comité Ético de Investigación Clínica CEIC/CEI
ceichugcdn.scs@gobiernodecanarias.org
Barranco de la Ballena S/N
35010 Las Palmas
Tel: 928 44 90 71 FAX 928 44 98 05



Servicio
Canario de la Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don **OCTAVIO L. JIMÉNEZ RAMOS** Director Gerente en Funciones del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN**, al amparo de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, y vista la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica-Comité de Ética en la Investigación de este Hospital (**Acta 09/2013**).

CERTIFICA:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor **Manuel Ojeda Martín (investigación independiente)**, para que sea realizado en este Centro el **Proyecto de Investigación:**

TÍTULO: "Actualización del proyecto de evaluación del riesgo del duelo complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir cuidados paliativos en Gran Canaria y en La Habana. 2009-2010"

Código AEMPs: Es un proyecto de investigación biomédica (Ley 14/2007)

Código CEIC Negrín: 130070

Y que será realizado por el **Dr. Manuel Ojeda Martín** de la **Unidad de Cuidados Paliativos** como investigador principal.

Que está de acuerdo con el contrato firmado entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos económicos de este Proyecto de Investigación.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria, a 1 de Octubre de 2013.

El Director Gerente en Funciones



Fdo: D. Octavio L. Jiménez Ramos



Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín
Comité Ético de Investigación Clínica CEIC/CEI
ceichugcdn.scs@gobiernodecanarias.org
Barranco de la Ballena S/N
35010 Las Palmas
Tel: 928 44 90 71 FAX 928 44 98 05



La Habana, 11 de julio de 2011

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por este medio se hace conocer que desde el año 2009 han venido aplicando dos instrumentos para seguimiento del duelo complicado en cónyuges de pacientes fallecidos en el Municipio "Plaza de la Revolución" en esta ciudad de La Habana: el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado de Parkes y Weisz y el inventario de Texas Revisado de duelo de Faschingbauer y colaboradores.

Estos instrumentos fueron previamente sometidos a adaptación y validación de contenido con el fin de realizar posteriormente una caracterización contrastada de este proceso de adaptación a las pérdidas entre dolientes cubanos y de Gran Canaria. La aplicación se realizó en dos momentos (a los 3 y 14 meses del fallecimiento del cónyuge) como parte del proceso de atención que se desarrollaba en un proyecto de desarrollo de Cuidados Paliativos domiciliarios auspiciado por la ONG "Medicuba Suiza" con supervisión de la Dirección Provincial de Salud de La Habana y del Ministerio de Salud Pública, dicho proyecto se realizaba en 7 centros de atención primaria (policlínicos) y no sólo contemplaba la atención al enfermo avanzado sino el seguimiento posterior del proceso de duelo, como es menester en los cuidados paliativos.

Los instrumentos fueron aplicados por psicólogos entrenados y con experticia en cuidados paliativos y duelo, participantes en el referido Proyecto y previa autorización de los dolientes, con quienes ya se había establecido una relación empática en el período previo al fallecimiento de los enfermos. Por lo tanto, en todos los casos se procedió en base al consentimiento informado. Los datos de este estudio solo serán utilizados por el equipo de investigación y han tenido hasta el momento y tendrán en el futuro un manejo confidencial. La aplicación de estos instrumentos que se contestaban en un tiempo muy breve, no implicaban afectaciones físicas ni psicológicas a los dolientes y se hizo con especial prudencia y cuidado en evitar preguntas ajenas a lo que se investigaba.

Y para que así conste, firmo la presente a los once días del mes de julio del año dos mil once.....

Prof. Dr. C. Jorge A. Grau Abalo
Coordinador del Grupo Especial de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública de Cuba y Director del Proyecto con "Medicuba Suiza"

c.c. Archivo del Proyecto

ANEXO II**UNIDAD DE MEDICINA PALIATIVA DEL HOSPITAL DR. NEGRÍN DE GRAN CANARIA****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Jefe de Servicio de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria. El objetivo de este estudio es identificar factores de riesgo que suponen un duelo complicado, evaluar el grado de impacto de estos factores de riesgo en los cónyuges de enfermos fallecidos, y comparar semejanzas y diferencias en grupos de cónyuges de Gran Canaria y La Habana.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a unas preguntas en una entrevista, que tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su colaboración en esta investigación supone una ayuda en la mejora de la calidad en la asistencia en personas que están elaborando un duelo, por lo que de antemano le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el equipo psicosocial de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria. He sido informado/a de que el objetivo de estudio es identificar y evaluar factores de riesgo en la elaboración de la pérdida de un cónyuge.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

La información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto suponga perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas en mi participación en este estudio, puedo contactar con el equipo de investigación al teléfono 928 450617.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con la Unidad de Medicina Paliativa al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
Fecha

Firma

del

Participante

ANEXO III**FICHA DE DATOS GENERALES****No. Expediente:** ____

1. Genero: Masculino ____ Femenino ____
2. Edad (doliente): 15-25 __ 26-35 __ 36-45 __ 46-55 __ 56-65 __ 66-75 __ Más de 75 __
3. Hijos: Si ____ No ____ Cuántos? ____
4. Estudios completados:
Primarios __ Secundarios __ Universitarios __
5. Ocupación o perfil profesional: _____
Trabaja actualmente? Sí __ No __
6. Con quién vive actualmente? Solo ____ Con su pareja ____
Con padre, madre o ambos ____ Con hermanos ____
Con otros familiares __ Con otras personas (no familiares) ____
7. Antecedentes de problemas personales de salud en últimos 3 años (marque con una X):
Catarros ____ Infecciones de la piel ____ Diarreas ____ Calambres o contracturas ____
Infecciones respiratorias ____ Asma ____ Dolores óseos ____ Infecciones urinarias ____
Dolores de cabeza ____ Problemas nerviosos ____
Otras: ____ Cuáles? _____
8. Enfermedades crónicas diagnosticadas en los últimos 3 años, con tratamiento actualmente:

9. Antecedentes de enfermedad en la familia (marque con una x):
- | | | | |
|---|---------|--------|----------|
| Enfermedades | Abuelos | Padres | Hermanos |
| Cardiopatías | | | |
| Hipertensión | | | |
| Diabetes | | | |
| Asma | | | |
| Cáncer | | | |
| Enfermedad renal crónica | | | |
| Enfermedad hepática crónica | | | |
| Enfermedad neurológica crónica | | | |
| Otras: | | | |
| Otros problemas de salud crónicos en la familia (hijos, etc.) _____ | | | |
10. Muertes traumáticas (violentas o inesperadas) en la familia o amigos cercanos?
Sí __ No __ Cuántas, cuáles (y grado de parentesco) _____
11. Problemas económicos serios (escasos recursos financieros): Sí __ No __
12. Apoyo socio-familiar percibido: Poco ____ Regular ____ Mucho ____

Observaciones

ANEXO IV

CUESTIONARIO DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO

Colin M. Parkes and Robert S. Weiss

(Autores de la versión original en inglés, 1983)

Jesus A García-García, Victor Landa, Gonzalo Grandes, Amaia Mauriz, Izaskun Andollo

(Autores de la versión adaptada al castellano, 2001)

Instrucciones: rodea con un círculo sólo una respuesta por pregunta. Déjalo en blanco si no sabes que contestar.

- 1. *¿Tiene la viuda hijos menores de 14 años en su casa?*
 - 0. Ninguno.
 - 1. Uno.
 - 2. Dos.
 - 3. Tres.
 - 4. Cuatro.
 - 5. Cinco o más.

 - 2. *¿Cual era/es la clase social/ocupación* de la persona que más ingresos aportaba/aporta a la familia? En la mayoría de los casos será el propio fallecido y en otros la propia viuda o un hijo/a.*
 - 1. Profesional liberal o ejecutivo (carreras superiores).
 - 2. Profesional semiliberal (carreras medias).
 - 3. Oficinista o personal administrativo (trabajo en oficinas en general).
 - 4. Obrero cualificado (“tener un oficio”, oficial o maestro industrial,...).
 - 5. Obrero semicualificado (peón especialista).
 - 6. Obrero no cualificado (peón).
- * Si tienes alguna duda elige la respuesta que creas más acertada.
- 3. *¿Empleo previsto de la viuda fuera del hogar?*
 - 0. A tiempo completo.
 - 1. A tiempo parcial.
 - 3. Jubilada.
 - 4. Solamente trabaja en casa.
 - 5. Parada.

 - 4. *¿Se aferra a su marido muerto y/o se consume pensando en si él volviera?*
 - 1. Nunca.
 - 2. Raramente.
 - 3. Moderadamente.
 - 4. Frecuentemente.
 - 5. Constantemente.

6. Constante e intensamente.
- 5. *¿Enfado?*
1. No (o lo normal).
 2. Leve irritabilidad.
 3. Moderada irritabilidad: arrebatos ocasionales.
 4. Severa: ha echado a perder sus relaciones.
 5. Extrema: siempre amargada.
- 6. *¿Culpas / Autorreproches?*
1. No.
 2. Leves: vagos y generales.
 3. Moderados: algún autorreproche claro.
 4. Severos: obsesionada con sus culpas.
 5. Extremos: es un problema fundamental.
- 7. *¿Relaciones actuales?*
1. Tiene una relación muy estrecha con otra persona.
 2. Tiene el afecto de su familia que le apoya y le permite expresar sus sentimientos.
 3. Tiene una familia que le apoya pero vive a distancia.
 4. Dudosas.
 5. Ninguna de las anteriores.
- 8. *¿Cómo piensas que se las arreglará ?*
1. *Bien*: duelo normal y recuperación sin ayuda especial.
 2. *Regular*: pero probablemente se las arregle sin ayuda especial.
 3. *Tengo mis dudas*: puede que necesite ayuda especial.
 4. *Malamente*: requiere ayuda especial.
 5. *Muy mal*: requiere ayuda urgente.

NB:

Puntuación: - entre 0 y 14 ▶ bajo riesgo.
- 15 o superior ▶ alto riesgo.

Bibliografía:

· Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books; 1983. p. 308-15.

- Beckwith BE, Beckwith SK, Gray TL, Micsko MM, Holm JE, Plummer VH, Flaa SL. Identification of spouses at high risk during bereavement: a preliminary assesment of Parkes and Weiss' Risk Index. *The Hospice Journal*, 1990; 6: 35-46.

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO (ITRD)

Thomas R. Faschingbauer, Richard A. Devaul & Sidney Zisook
(autores de la versión inglesa)

Jesús A. García-García, Víctor Landa, M^{ra} Cruz Trigueros, Pilar Calvo & Idoia Gaminde
(autores de la versión adaptada al castellano)

Publica y distribuye Grupo de Trabajo sobre el Duelo. Trápaga Bizkaia.
 @ Copyright. 1978, by Thomas R. Faschingbauer, Richard Devaul & Sidney Zisook. All rights reserved.
 @ Copyright. 1995, Trápaga. Reservados todos los derechos de la versión castellana.

PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO

Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo. Indique si cada una de estas frases es Completamente Verdadera, Verdadera en su mayor parte, Ni verdadera ni Falsa, Falsa en su mayor parte o Completamente Falsa.

	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1.- <i>Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas</i>					
2.- <i>Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo</i>					
3.- <i>Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa ..</i>					
4.- <i>Tenia la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer</i>					
5.- <i>Después de su muerte estaba más irritable de lo normal</i>					
6.- <i>En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales</i>					
7.- <i>Me sentía furioso/a porque me había abandonado</i>					
8.- <i>Tras su muerte me costaba trabajo dormir</i>					

PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

Por favor, responda a las siguientes frases indicando que siente en la actualidad sobre el fallecido. Por favor no consulte la primera parte.

	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera Ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1.- <i>Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella</i>					
2.- <i>Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella</i>					
3.- <i>No puedo aceptar su muerte</i>					
4.- <i>A veces la/le echo mucho de menos</i>					
5.- <i>Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo</i>					
6.- <i>A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella</i>					
7.- <i>Lloro a escondidas cuando pienso en él/ella</i>					
8.- <i>Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida</i>					
9.- <i>No puedo dejar de pensar en él/ella</i>					
10.- <i>Creo que no es justo que haya muerto</i>					
11.- <i>Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le</i>					
12.- <i>Soy incapaz de aceptar su muerte</i>					
13.- <i>A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo</i>					

MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO (ITRD)

Thomas R. Faschingbauer, Richard A. Devaul & Sidney Zisook
(autores de la versión inglesa)

Jesús A. García-García, Víctor Landa, M^a Cruz Trigueros, Pilar Calvo & Idoia Gaminde
(autores de la versión adaptada al castellano)

*Publica y distribuye Grupo de Trabajo sobre el Duelo. Trápaga Bizkaia.
© Copyright. 1978, by Thomas R. Faschingbauer, Richard Devaul & Sidney Zissok. All rights reserved.
© Copyright. 1995, Trápaga. Reservados todos los derechos de la versión castellana.*

PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO

Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo. Indique si cada una de estas frases es Completamente Verdadera, Verdadera en su mayor parte, Ni verdadera ni Falsa, Falsa en su mayor parte o Completamente Falsa.

- 1.- *Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas*
- 2.- *Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo*
- 3.- *Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa ...*
- 4.- *Tenia la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer*
- 5.- *Después de su muerte estaba más irritable de lo normal*
- 6.- *En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales*
- 7.- *Me sentía furioso/a porque me había abandonado*
- 8.- *Tras su muerte me costaba trabajo dormir*

	Completament e verdadera	Verdadera en su mayor	Ni verdadera Ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completament e falsa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

Por favor, responda a las siguientes frases indicando que siente en la actualidad sobre el fallecido. Por favor no consulte la primera parte.

	Completament e verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera Ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completament e falsa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

1.- *Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella*

2.- *Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella*

3.- *No puedo aceptar su muerte*

4.- *A veces la/le echo mucho de menos*

5.- *Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo*

6.- *A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella*

7.- *Lloro a escondidas cuando pienso en él/ella*

8.- *Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida*

9.- *No puedo dejar de pensar en él/ella*

10.- *Creo que no es justo que haya muerto*

11.- *Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le*

12.- *Soy incapaz de aceptar su muerte*

13.- *A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo*

MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.

