

doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205

# Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana \*

HÉCTOR ALFREDO GAMBA-COLLAZOS

CARMEN ELVIRA NAVIA

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons "reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas" Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

**Cómo citar este artículo:** Gamba-Collazos, H. A. & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Héctor Gamba, e-mail: [hagambac@unal.edu.co](mailto:hagambac@unal.edu.co). Universidad Nacional de Colombia, Av. Diagonal 40 A bis No. 15-38, Bogotá, Colombia.

---

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RECIBIDO: 11 DE JUNIO DEL 2015 - ACEPTADO: 8 DE NOVIEMBRE DEL 2016

\* Este artículo es parte del trabajo de investigación adelantado por los autores dentro de la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Resumen**

Se realizó la adaptación del Inventario de Duelo Complicado (IDC) en población colombiana. Cinco jurados evaluaron el contenido y ajuste cultural del cuestionario y luego este fue aplicado a una muestra de 120 adultos que experimentaron el fallecimiento de un familiar. Los análisis psicométricos indicaron una consistencia interna similar a la de la prueba original y superior a la de la adaptación española, buena estabilidad temporal, asociaciones positivas con pruebas de depresión y ansiedad usadas para evaluar la validez convergente y tres factores significativos. Se concluye que la versión adaptada del IDC tiene propiedades psicométricas adecuadas, por lo que puede ser usada en población colombiana, pero se recomienda realizar una validación con una muestra más grande y usar herramientas como una entrevista clínica para establecer el alcance diagnóstico del inventario.

**Palabras clave:** duelo, duelo complicado, medición, adaptación cultural, Inventario de Duelo Complicado (IDC).

### ***Adaptation of the Complicated Grief Inventory to the Colombian Population***

#### **Abstract**

The Complicated Grief Inventory was adapted to the Colombian Population. Five judges evaluated the content and cultural adjustment of the questionnaire and then applied a sample to 120 adults who had experienced the death of a family member. The psychometric analysis indicated internal consistency similar to that of the original test and superiority to that of the Spanish adaptation, good temporal stability, positive associations with depression and anxiety tests used to evaluate the convergent validity and three significant factors. The results show that the adapted version has adequate psychometric properties which can be used in the Colombian population, but a validation with a larger sample using tools such as clinical interviews to establish the diagnostic scope of the inventory is recommended.

**Keywords:** grief, complicated grief, measuring, cultural adaptation, Complicated Grief Inventory.

### ***Adaptação do Inventário de Luto Complicado na População Colombiana***

#### **Resumo**

Realizou-se a adaptação do Inventário de Luto Complicado (IDC, em espanhol) na população colombiana. Cinco jurados avaliaram o conteúdo e o ajuste cultural do questionário e, em seguida, este foi aplicado a uma amostra de 120 adultos que experimentaram o falecimento de um familiar. As análises psicométricas indicaram uma consistência interna semelhante à do teste original e superior à da adaptação espanhola, boa estabilidade temporal, associações positivas com testes de depressão e ansiedade usados para avaliar a validade convergente e três fatores significativos. Conclui-se que a versão adaptada do IDC tem propriedades psicométricas adequadas, portanto pode ser usada na população colombiana, mas se recomenda realizar uma validação com uma amostra maior e usar ferramentas como uma entrevista clínica para estabelecer o alcance diagnóstico do inventário.

**Palavras-chave:** adaptação cultural, Inventário do Luto Complicado, luto, luto complicado, medição.

EL DUELO corresponde a la experiencia desencadenada por pérdidas significativas como la muerte de un ser querido y varias son las teorías que han querido dar cuenta de él. Freud (1992) señaló que el duelo es el sufrimiento causado por la pérdida cuando se mantiene la catexia sobre la persona fallecida, mientras que autores como Kübler-Ross (1997) y Bowlby (1980) han dicho que no se trata de una reacción emocional, sino de un proceso con una serie de pasos o momentos que el sujeto debe atravesar para aceptar lo sucedido y adaptarse a ello. Worden (1997), por su lado, propuso que el duelo es un proceso, pero no uno constituido por momentos que recaen sobre el sujeto, sino por tareas derivadas de la pérdida que deben ser asumidas de forma activa para lograr un reajuste al mundo.

Ahora bien, una idea en la que coinciden las diferentes teorías es que el duelo no es patológico y que se trata de un fenómeno en el que expresiones de malestar como tristeza, enojo o culpa y alteraciones como anhedonia, dificultades en el sueño y la alimentación y pensamientos intrusivos sobre el fallecido son esperables —aunque no obligatorias—. Esta es también la postura de la American Psychological Association (2010) que define el concepto como un “sentimiento de pérdida, en especial por la muerte de un amigo o ser querido. La persona en duelo puede experimentar dolor y aflicción emocional” (p. 152), de manera que se reconoce que se trata de una experiencia que puede estar marcada por el sufrimiento sin que eso la convierta en un ‘trastorno’ o ‘patología’, ya que tales términos no son parte de la definición.

Aun así, ¿puede el duelo aumentar la probabilidad de que alguien sufra algún tipo de trastorno mental?, es decir, ¿constituye un factor de riesgo para la salud mental? (Gordis, 2005, p. 177). Autores como Bowlby (1980) y Worden (1997) señalaron que si el doliente acepta la pérdida y se ajusta a ella su salud no se vería amenazada, por lo que el duelo no es un factor de riesgo en sí mismo, pero también llamaron la atención sobre el hecho de que el proceso puede tornarse patológico, de manera que describieron sus posibles complicaciones. Una de ellas es la prolongación del sufrimiento, en la que

las expresiones de malestar se mantienen presentes por un largo periodo de tiempo y ponen en riesgo la readaptación del doliente, pues lo mantienen centrado en la pérdida. Ahora bien, aunque no hay una regla universal que indique cuánto tiempo es ‘demasiado’ para el sufrimiento causado por la muerte de un ser querido, diferentes investigaciones han aportado evidencia que apoya la idea de que el tiempo es un factor relevante en el duelo.

Prigerson et al. (2009) encontraron que en los casos en los que el malestar persistió por más de seis meses se asoció de manera significativa con la aparición de trastornos depresivos, ansiosos, de estrés postraumático, ideación suicida y una percepción de baja calidad de vida; tal asociación no fue encontrada en los casos en los que el malestar sólo estuvo presente durante el periodo comprendido entre los 0 y 6 meses posteriores a la pérdida. En la misma línea, Ott (2003) encontró que, cuando los síntomas siguen presentes después de seis meses, hay una mayor aparición de trastornos médicos y una menor percepción de bienestar general en los dolientes.

Con resultados como estos, en la actualidad la ‘complicación’ del duelo es entendida como la prolongación del malestar derivado de la pérdida (Rosner, Pfoh, & Kotoucová, 2011), ejemplo de ello es que la American Psychiatric Association (2014) incluyó el “Trastorno de duelo complicado persistente” en el apartado de “Afecciones que necesitan más estudio” del DSM-5, señalando que es una condición en la que el sufrimiento y las dificultades de adaptación en diferentes ámbitos se mantienen sin mejoría significativa por un periodo superior a los 12 meses en adultos y a los 6 meses en niños.

Así pues, hay casos en los que efectivamente el duelo pone en riesgo la salud de quienes lo experimentan, pero, cuando eso sucede, ¿hace falta considerarlo una condición diferente de otras ya tipificadas? Después de todo, varios de los síntomas del malestar experimentado en el duelo —anhedonia, alteraciones en el apetito y el sueño, preocupaciones constantes sobre el futuro y evitación de ciertos estímulos— son propios de condiciones como ansiedad, depresión e, incluso, estrés postraumático.

Al desarrollar el *Inventory of Complicated Grief* (ICG) Prigerson et al. (1995) encontraron una correlación positiva ( $r=.67, p<.001$ ) entre los resultados de su instrumento y los del Beck Depression Inventory (BDI). Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson (2009) adaptaron el ICG al castellano con el nombre de Inventario de Duelo Complicado (IDC) y hallaron que este tenía correlaciones de  $r=.43, p<.001$  con el BDI y de  $r=.24, p<.01$  con el *Beck Anxiety Inventory* (BAI). En ambos trabajos se dieron correlaciones positivas entre duelo, depresión y ansiedad, pero ninguna de ellas era tan alta como para que pudiera asumirse que existe una relación de identidad entre el duelo y alguna de las otras dos condiciones; más bien, el hecho de que el IDC tenga correlaciones de nivel medio con ambas indicaría que el duelo es un fenómeno cuya sintomatología se mueve entre las reacciones depresivas y ansiosas sin agotarse en ninguna de ellas.

Pero esto no es todo, pues la identidad del duelo no se restringe a ser una amalgama de otras condiciones. Diferentes investigaciones han encontrado que existe un grupo de reacciones y dificultades directamente asociadas con la pérdida, como la añoranza del ser querido, la intrusión de ideas sobre la persona fallecida y su muerte, tristeza o rabia por la pérdida e incluso negación de la misma que permiten decir que el duelo tiene características propias que lo distinguen de otras condiciones y que, por tanto, merece atención particular (Boelen, 2013; Boelen, van den Schoot, van den Hout, de Keijser, & van den Bout, 2010; Dillen, Fontaine, & Verhofstadt-Denève, 2009; Newson, Boelen, Hek, Hofman, & Tiemeier, 2011; Prigerson, 2004; Prigerson et al., 1996; Rosner et al., 2011).

En este contexto, el duelo se mantiene como un tema de interés clínico e investigativo para el que se han desarrollado diferentes instrumentos de evaluación, dentro de los que se destacan el *Grief Experience Inventory* (GEI) de Sanders, Mauger y Strong (1985), el *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG) de Faschingbauer (1981) y el *Inventory of Complicated Grief* (ICG), desarrollado por Prigerson et al. en 1995.

Los dos primeros, el GEI y el TRIG, fueron adaptados al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001; 2005), y evalúan diferentes reacciones ante la pérdida. El TRIG indaga por las conductas y los sentimientos que se dieron de forma inmediata tras la pérdida y por los sentimientos presentes al momento de la evaluación. El GEI, por su parte, permite una evaluación minuciosa de 135 ítems sobre alteraciones somáticas, emocionales y relacionales del doliente. Ahora bien, aunque ambos han mostrado tener propiedades psicométricas adecuadas, no permiten discriminar entre casos 'normales' y 'complicados' de duelo, ya que varios de sus ítems indagan por expresiones de malestar experimentadas al momento de la muerte, pero no por la persistencia de las mismas, mientras que otros registran pensamientos y sentimientos del doliente al momento de la evaluación, que no necesariamente son síntomas prolongados de malestar.

Otro es el caso del IDC (Limonero et al, 2009; Prigerson et al., 1995), que se ha destacado porque permite discriminar entre casos normales y persistentes de duelo, ya que sus ítems indagan exclusivamente por la presencia de los síntomas en el momento de la evaluación, lo que permite establecer si las alteraciones que son comunes en los duelos normales persisten por más tiempo del recomendable. Gracias a su propósito discriminativo y a las buenas propiedades psicométricas reportadas por diferentes investigaciones, el IDC se ha convertido en un instrumento de gran aceptación y difusión (Keese, Currier, & Neimeyer, 2008; Simon et al., 2011) e incluso se ha llegado a decir que permitió establecer los criterios con los que se puede identificar la condición de duelo complicado (Ott, 2003). Por estas razones, el IDC fue elegido dentro de una investigación en la que se requería de una medida con la que se pudieran agrupar casos 'normales' y 'persistentes' de duelo. Con lo anterior, el propósito de este estudio fue adaptar el IDC a la población colombiana y establecer si es adecuado para evaluar duelos persistentes en ella.

Adicionalmente, se quiso explorar si las propiedades psicométricas del inventario se mantenían con

una muestra que no estuviera restringida a personas viudas, ya que el inventario original de Prigerson et al. (1995) y la adaptación al castellano hecha por Limonero et al. (2009) fueron desarrollados únicamente con personas que habían experimentado el fallecimiento de su cónyuge; aunque se espera que el IDC sea un instrumento de utilidad para evaluar duelos complicados en diferentes tipos de pérdidas. Hay que destacar que ya existe evidencia positiva en este sentido, pues la validación italiana del instrumento mostró propiedades similares a las del original con una muestra que, además de personas viudas, incluía a adultos que habían perdido a otros familiares o amigos cercanos (Carmassi et al., 2014).

## Método

### Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de carácter dirigido en el que se invitó a participar en la investigación a las personas que cumplían con los criterios de ser mayores de edad y haber experimentado el fallecimiento de un familiar significativo, al menos seis meses antes de ser contactados. No se estableció un lapso de tiempo máximo como criterio de exclusión, puesto que se ha encontrado que los duelos persistentes pueden extenderse por varios años, llegando incluso a mantenerse por más de una década (Fujisawa et al., 2010; Kersting et al., 2009). El contacto inicial se hizo a través de la divulgación voz a voz del estudio, la apertura de un grupo sobre duelo en la red social Facebook y la realización de charlas psicoeducativas sobre duelo con público general en el servicio de atención psicológica de una universidad pública, con los empleados de una entidad gubernamental de Bogotá en las instalaciones de la misma y con usuarios de una caja de compensación familiar.

De las 165 personas contactadas, 137 cumplían con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, sin embargo, 17 no fueron incluidas en la muestra final porque diligenciaron de manera incompleta uno o varios de los inventarios entregados o reportaron que el fallecimiento

había ocurrido en un tiempo menor a seis meses antes de la evaluación. De esta manera, se conformó una muestra de participantes voluntarios o 'autoseleccionada' (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) constituida por 120 personas, 92 mujeres y 28 hombres, con una edad promedio de 47.8 años (rango=21 a 80 años).

Dentro de las causas de muerte, el 52.2% de los participantes reportó que su familiar había fallecido por causas naturales —de ellas las más frecuentes fueron el cáncer en el 17.5% de los casos y los infartos, en el 14.2%—; otro 12.4% señaló que la muerte había sido violenta —5.8% por homicidio, 4.1% por accidentes y 2.5% por suicidio— y el 35% restante no indicó la causa del fallecimiento. El tiempo promedio transcurrido desde la muerte hasta la fecha de diligenciamiento de los cuestionarios fue de 2 años (rango=0.5 a 6 años).

Respecto a la relación del participante con la persona fallecida, en el 28.3% de los casos murió alguno de los padres, en el 24.2% la pareja, en el 11.7% uno de los abuelos, en el 10.8% un hijo/a, en el 9.2% de los casos fue un hermano/a, en el 6.7% un tío/a y en el 4.2% restante de los casos fallecieron suegros, cuñados y amigos.

### Instrumentos

El instrumento que se buscó adaptar fue la versión española del IDC (Limonero et al., 2009; Prigerson et al., 1995), un cuestionario cuyo objetivo es evaluar los síntomas asociados al duelo diferenciando entre casos 'normales' y 'complicados' y que consta de una única escala de 19 ítems tipo Likert que evalúa la persistencia de cada síntoma con opciones de respuesta que van de 0 (*Nunca*) a 4 (*Siempre*). Sus autores establecieron que los puntajes mayores a 25 corresponden a 'duelo complicado' y encontraron que el instrumento contaba con altos niveles de consistencia interna ( $\alpha=.94$ ) y de fiabilidad test-retest ( $r=.8$ ), así como buenos niveles de validez concurrente con el TRIG. Por su parte, la adaptación española (Limonero, et al., 2009) tuvo un Alfa de Cronbach =.88 y una correlación de  $r=.81$  en la prueba del test-retest.

Para establecer la validez convergente del IDC, en este estudio se emplearon los inventarios de depresión (BDI-II) y ansiedad de Beck (BAI). La segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) es una prueba de 21 ítems tipo Likert que indaga por la intensidad de diferentes síntomas de depresión en las dos semanas anteriores a su diligenciamiento. Según lo reportado por los autores, este inventario tiene altos niveles de consistencia interna ( $\alpha=.92$  en población clínica y  $\alpha=.93$  en población universitaria) y de estabilidad temporal en aplicaciones test-retest ( $r=.93$ ). El BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) consta de 21 ítems tipo Likert que evalúan la intensidad de síntomas de ansiedad durante los 7 días previos a la aplicación del cuestionario. Sus puntuaciones pueden ir de 0 a 63, y tanto la versión original en inglés del cuestionario como la adaptación al castellano muestran altos índices de confiabilidad, con un Alfa de Cronbach de .97 para la versión en inglés y de .85 para la versión en español (Sanz, 2014).

### Procedimiento

Inicialmente se presentó la versión española del cuestionario (Limonero et al., 2009) a cinco jueces para que evaluaran la pertinencia de los ítems con respecto a la noción de duelo, la adecuación de su construcción y la claridad de la redacción considerando el léxico colombiano. Los evaluadores fueron dos psicólogas clínicas, una psicómetra, un investigador sobre duelo y un lingüista.

Una vez que se ajustó el inventario a partir de las recomendaciones de los jueces, se hizo la convocatoria de los participantes; aquellos que aceptaron ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado diligenciaron un formato con preguntas sobre datos demográficos, la persona fallecida y los inventarios IDC, BDI-II y BAI. Terminada la recolección de los datos se procedió con el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento.

### Análisis de datos

Inicialmente se evaluó la confiabilidad del inventario usando medidas de consistencia interna

y estabilidad temporal; la consistencia interna se obtuvo por medio del Alfa de Cronbach y la estabilidad a través de la prueba test-retest, para la que se realizó una segunda aplicación del instrumento entre dos y cuatro meses después de la primera con 21 participantes.

Adicionalmente se revisó la estructura factorial del inventario, ya que en la versión original del mismo (Prigerson et al., 1995) se destacó que los ítems se agrupaban en un único factor, mientras que en la adaptación española se encontraron tres factores (Limonero et al., 2009). Para tal revisión, primero se estableció la viabilidad del análisis factorial con el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Okin y la prueba de esfericidad de Bartlett, y luego se realizó un análisis exploratorio de componentes principales con rotación Varimax.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para verificar si los ítems se agrupaban de acuerdo al modelo encontrado en el análisis inicial; el ajuste global del modelo se evaluó a través de  $\chi^2$  y los índices de ajuste incremental. Se utilizaron el índice *Comparative Fit Index* ( $CFI \geq .90$ ) y el *Root Mean Square Error of Approximation* ( $RMSEA \leq .70$ ), recomendados para este tipo de estudios (Byrne, 2010; Hu & Bentler, 1999). De acuerdo con Bentler (1992), un valor mayor que .90 en el CFI indica un ajuste aceptable. En cuanto al RMSEA, se buscó un valor inferior de .05 de acuerdo con Byrne y Campbell (1999). Finalmente, se evaluó la validez convergente del IDC calculando la correlación entre los puntajes del IDC y los del BDI-II y el BAI y se realizó un análisis de correspondencias múltiples para el que los puntajes de las tres pruebas fueron segmentados en cuartiles.

## Resultados

### Evaluación de los jueces y ajuste del IDC

Se realizaron modificaciones en la redacción de tres ítems luego de que los jueces señalaran la necesidad de ajustarlos al español colombiano; un ejemplo de esto es el ítem 7, en el que la expresión “No me puedo creer que haya sucedido”

**Tabla 1**  
División de los ítems 10 y 12 de la versión española del IDC

Ítem en la versión española	Ítem modificado para la versión colombiana
Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.
	Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.
Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.
	Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.

fue reemplazada por “No puedo creer que haya sucedido”. Adicionalmente, los ítems 10 y 12 fueron divididos en dos (Tabla 1), pues los 5 jueces señalaron que cada enunciado hacía referencia a dos síntomas diferentes; con esto, el formulario del IDC utilizado en este trabajo estuvo conformado por 21 ítems, dos más que los incluidos en la versión original y en la adaptación española. En el Apéndice se presenta el instrumento.

### Análisis psicométrico

La versión adaptada del IDC en población colombiana mostró una alta consistencia interna ( $\alpha=.941$ ), bastante cercana a la de la prueba original en inglés ( $\alpha=.94$ ) y superior a la de la adaptación con población española ( $\alpha=.88$ ). Adicionalmente, el análisis de fiabilidad por ítems mostró correlaciones positivas de todos ellos con el instrumento completo (Tabla 2), indicando que contribuyen de manera similar a la confiabilidad del inventario. El índice de fiabilidad test-retest, calculado con los datos de los 21 participantes que respondieron la segunda aplicación del cuestionario, fue de  $r=.9$ .

En cuanto a la estructura factorial de la prueba, el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ( $\kappa_{MO}=.89$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2=1702.133, p<.000$ ) indicaron que el análisis factorial era viable, de manera que se llevó a cabo un análisis exploratorio de componentes principales con rotación Varimax, procedimiento que también fue usado en la adaptación española

**Tabla 2**  
Análisis de consistencia interna de la adaptación colombiana del IDC

Ítem	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	.756	.936
2	.786	.935
3	.812	.935
4	.710	.937
5	.534	.940
6	.628	.938
7	.736	.936
8	.796	.935
9	.696	.937
10	.738	.936
11	.624	.938
12	.749	.936
13	.429	.941
14	.387	.941
15	.480	.940
16	.783	.935
17	.352	.942
18	.386	.941
19	.558	.939
20	.699	.937
21	.517	.940

del IDC. Como se muestra en la Tabla 3, el análisis arrojó cuatro factores significativos —con autovalores mayores a 1— que explican en conjunto el 67.7% de la varianza.

El primer factor, que agrupó los ítems 1-9 y 20, fue denominado ‘Alteración emocional y falta

de aceptación’; el segundo, que reunió los ítems 10, 11, 12, 16, 19 y 21, fue llamado ‘Vacío, aislamiento y sin sentido’; el tercero, con los ítems 13 y 14, se denominó ‘Identificación con el difunto’; y el cuarto, que agrupó los ítems 15, 17 y 18, se llamó ‘Presencia del fallecido y evitación de su recuerdo’ (Tabla 4).

**Tabla 3**

*Componentes principales del IDC en la adaptación colombiana*

Componente	Autovalor	% de varianza explicado	% de varianza acumulado
1	9.713	46.252	46.252
2	1.784	8.496	54.747
3	1.474	7.017	61.764
4	1.245	5.930	67.694

**Tabla 4**

*Análisis de componentes principales del IDC en la adaptación colombiana*

Matriz de componentes rotados*				
Ítem	Componente			
	1	2	3	4
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	.768	.287	.079	.138
Me siento aturdido por lo sucedido.	.761	.391	-.037	.198
Anheló a la persona que murió.	.752	.197	.110	.167
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	.745	-.060	.210	-.010
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	.730	.300	.238	.171
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	.719	.305	.221	.298
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	.715	.196	.027	.070
No puedo creer que haya sucedido.	.677	.387	.019	.181
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	.671	.342	.127	.044
Siento amargura por la muerte de esa persona.	.551	.536	-.086	.193
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	.235	.759	-.118	.150
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella murió.	.463	.674	.225	.039
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	.155	.645	.249	.092
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	.336	.632	.303	-.062
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	.560	.582	.112	.184
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.	.526	.548	.312	-.013
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	.115	.131	.881	.140
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía a la persona que murió.	.186	.161	.872	.056
Veó a la persona que murió de pie delante de mí.	.227	.090	-.043	.829
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	.160	.031	.158	.819
Me desvíó de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	.049	.484	.344	.517

*Nota:* el método de extracción es el Análisis de componentes principales. \*El método de rotación fue el de Normalización Varimax.



Con esta información se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio en el que se evaluaron dos modelos no jerárquicos oblicuos. Para el primer modelo, constituido por los cuatro componentes mencionados en el análisis exploratorio

(Figura 1), se encontró que no había un buen ajuste global,  $\chi^2(183)=306.33, p<.001, CFI=.96, RMSEA=.075$ ; y que el cuarto factor generaba una dependencia lineal o una alta correlación entre dos variables observadas.

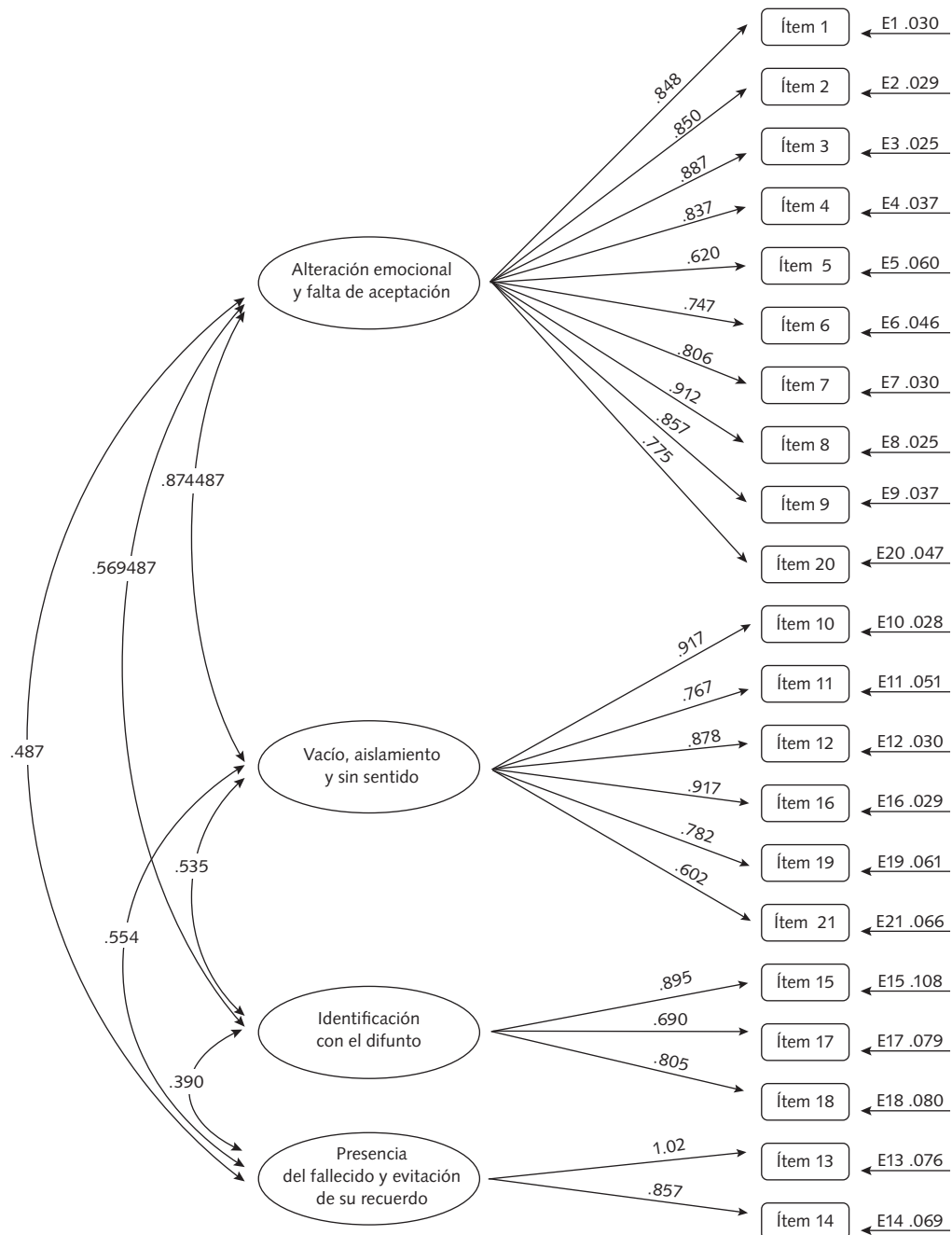


Figura 1. Primer modelo, constituido por cuatro factores.

Considerando estos resultados se revisó el cuarto factor y se estableció que sus ítems podían integrarse con los del tercero, ya que ambos componentes indagaban por la presencia persistente de la persona fallecida, bien fuera porque el doliente la veía o la escuchaba o porque experimentaba

condiciones médicas similares a las suyas. De esta manera, se evaluó un segundo modelo constituido por tres factores: ‘Alteración emocional y falta de aceptación’, ‘Vacío, aislamiento y sin sentido’ y ‘Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo’ (Figura 2).

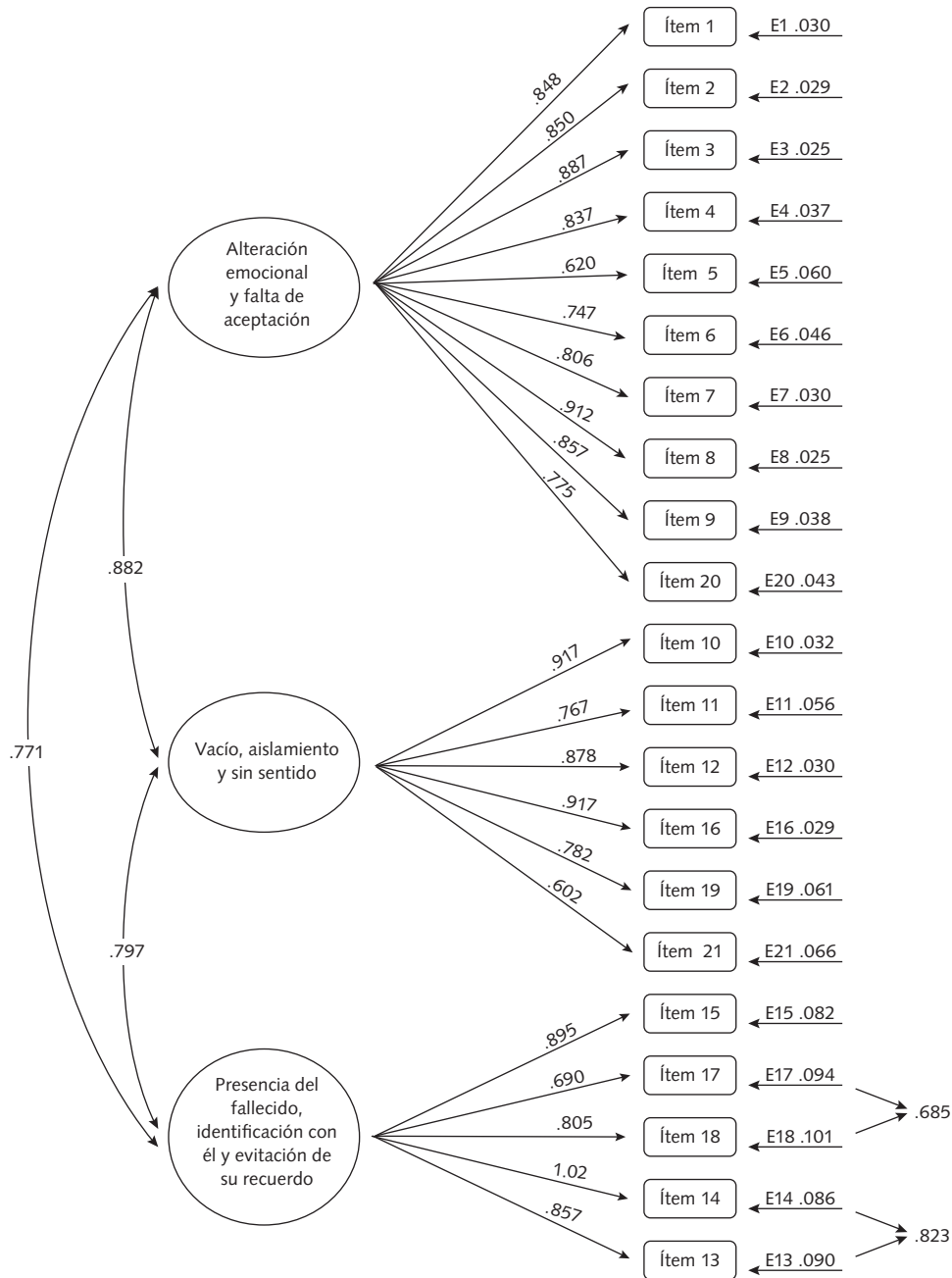


Figura 2. Segundo modelo, constituido por tres factores.

Ahora bien, para lograr un ajuste más adecuado del modelo, se incluyeron correlaciones entre los pares de ítems 10-11, 13-14 y 17-18 a partir de los índices de modificación del modelo sin las correlaciones, y luego de verificar que cada par de ítems tenía contenidos similares. Los parámetros del modelo fueron estimados utilizando *Robust Weighted Least Squares* y con tratamiento de los ítems como categóricos. La evaluación del segundo modelo indicó un mejor ajuste que el modelo anterior,  $\chi^2(183)=289.44$ ,  $p<.001$ , CFI=.97, RMSEA=.070; sin embargo, el criterio establecido para el RMSEA no fue alcanzado. La Tabla 5 resume la información de los dos modelos evaluados.

En cuanto a la estructura de cada componente, el análisis de las cargas factoriales hecho con el segundo modelo mostró que todos los ítems tienen cargas superiores a .4 en sus respectivos factores. La carga factorial más baja identificada fue la del ítem 17 (.44). Adicionalmente, el análisis de confiabilidad de las escalas del modelo arrojó valores superiores a .7 en el Alfa de Cronbach de cada factor (Tabla 6).

Con respecto a la validez convergente, los resultados del IDC tuvieron correlaciones positivas con el BDI-II ( $r=.605$ ,  $p<.01$ ) y con el BAI ( $r=.571$ ,  $p<.01$ ). Además, el análisis de correspondencias múltiples confirmó la asociación entre las medidas de duelo y depresión y ansiedad,

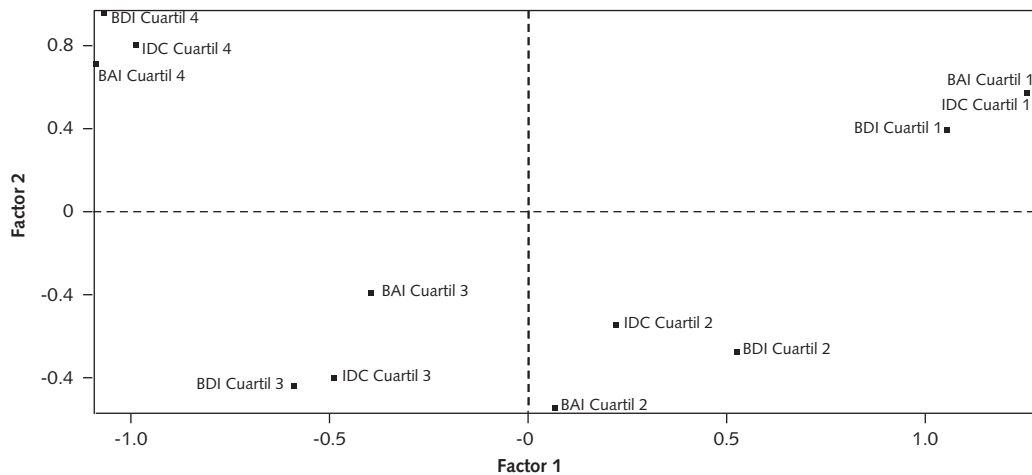
**Tabla 5**  
*Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo para los modelos*

Modelo	$\chi^2$	gl	CFI	RMSEA	Intervalo de confianza RMSEA
Cuatro componentes	306.33**	183	.96	.075	.60–.89
Tres componentes	289.44**	183	.97	.070	.54–.84

Nota: \*\* $p<.001$ .

**Tabla 6**  
*Cargas factoriales estandarizadas del modelo dos —de tres factores—*

Factor 1		Factor 2		Factor 3	
Ítem	Carga	Ítem	Carga	Ítem	Carga
1	.848	10	.898	15	.707
2	.851	11	.741	17	.447
3	.887	12	.877	18	.541
4	.837	16	.915	13	.552
5	.619	19	.781	14	.661
6	.747	21	.601		
7	.876				
8	.912				
9	.858				
20	.775				
$\alpha=.92$		$\alpha=.87$		$\alpha=.72$	



**Figura 3.** Gráfico de correspondencias del IDC, el BDI-II y el BAI por cuartiles.

ya que al segmentar los puntajes de los tres cuestionarios en cuartiles se encontró que las personas con bajos puntajes en el IDC (Cuartil 1) también tenían bajos puntajes en depresión y ansiedad, mientras que los que tuvieron altos puntajes en el inventario de duelo (Cuartil 4) también los tuvieron en el BDI-II o en el BAI; una proximidad similar fue encontrada en los cuartiles 2 y 3 de los tres inventarios (Figura 3).

### Discusión

Ya que se encontró una alta consistencia interna que fue casi igual a la del inventario original (Prigerson, et al., 1995), es posible señalar que las modificaciones hechas al IDC en este estudio no generaron detrimento en la confiabilidad de la prueba, aunque debe considerarse que la división de dos de los ítems originales pudo incidir en la consecución de un Alfa de Cronbach elevado.

Adicionalmente, ya que en este estudio se ampliaron los criterios de inclusión para los participantes, se puede concluir que la utilidad del IDC no se restringe a la población de personas viudas con la que fue originalmente desarrollado, sino que se extiende a población adulta que haya experimentado el fallecimiento de cualquier familiar por diferentes causas. Naturalmente, para validar este hallazgo se requiere de estudios con

una muestra más amplia que permitan la evaluación de las propiedades del instrumento frente a diferentes grupos poblacionales; aun así, este resultado es consistente con el de la validación del IDC para población italiana (Carmassi et al., 2014), en la que el Alfa de Cronbach fue de .947 con una muestra de adultos que habían afrontado la muerte de una persona significativa, que podía ser alguno de sus familiares o un amigo.

Por otro lado, este estudio apoya la idea de que el IDC es una prueba multifactorial como lo han propuesto otros estudios (Limonero et al., 2009; Simon et al., 2011), puesto que el modelo de tres componentes evaluado en el análisis factorial confirmatorio mostró tener un buen ajuste de acuerdo a los valores de  $\chi^2$  y el índice CFI, sólo el RMSEA estuvo en un valor superior al deseable, pero, de acuerdo con Kenny, Kanniskan y McCoach (2014), si bien el RMSEA es uno de los criterios más utilizados para la evaluación del ajuste, tiende a indicar falsamente que este no es adecuado cuando se utilizan muestras pequeñas, como se hizo en esta investigación.

Otro punto que vale la pena mencionar es que el primer factor, denominado 'Alteración emocional y falta de aceptación', agrupó la mayor cantidad de ítems y obtuvo el Alfa de Cronbach más alto, lo que permite pensar que es el más importante

en el IDC, es decir, que el instrumento evalúa principalmente el sufrimiento producido por la ausencia del ser querido y el desafío de asumir la pérdida como real, dos elementos incluidos de manera recurrente en las teorías sobre duelo.

Sobre el sufrimiento, Kübler-Ross (1997) señaló que alteraciones emocionales como la ira y la depresión son parte del proceso de reajuste y Worden (1997) planteó la importancia de elaborar las emociones relacionadas con la pérdida para que el duelo siga un curso saludable. En cuanto a la aceptación de la pérdida, el desafío que implica asumir como real la muerte de un ser querido es recogido por diversas teorías sobre duelo, Kübler-Ross (1997) lo hace con sus etapas de negación, negociación y aceptación, Bowlby (1980) con la etapa de anhelo y búsqueda del fallecido y Worden (1997) con la tarea de aceptar la realidad de la pérdida.

Finalmente, las correlaciones entre el IDC, el BDI-II y el BAI, que fueron positivas pero de nivel medio, respaldan la hipótesis de que el duelo es un proceso en el que las expresiones de malestar se mueven entre la ansiedad y la depresión, pero sin que ninguna de estas condiciones pueda explicarlo por completo. Ciertamente es que durante el duelo una persona puede tornarse melancólica o perder la visión de futuro, así como puede experimentar preocupación por la posibilidad de que se avencinen nuevos acontecimientos adversos, pero estas experiencias, así como tantas otras que podrían llamarse sintomáticas, se articulan alrededor del sufrimiento causado por la pérdida y la incertidumbre causada por una ruptura en el mundo propio y es allí donde el duelo encuentra su identidad.

Con lo anterior, se concluye que el IDC adaptado para Colombia cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y, por tanto, puede ser usado en áreas como la clínica o la investigación para apoyar la evaluación de la intensidad y persistencia del malestar asociado al duelo. No obstante, se llama la atención sobre el hecho de que este inventario no es de carácter diagnóstico, ya que una de las limitaciones de este trabajo es

que no permite establecer si el punto de corte propuesto por Prigerson et al. (1995) para diferenciar duelos normales y complicados es aplicable en la población colombiana.

Considerando esto, se reitera la recomendación para que en futuras investigaciones se trabaje con muestras más grandes que permitan el cálculo del punto de corte mencionado, así como la realización de otros análisis que podrían ser de interés. Tal es el caso del impacto que pueden tener en el comportamiento del IDC variables como el parentesco entre el doliente y la persona fallecida o el tiempo transcurrido desde la muerte; una muestra más amplia podría ser segmentada en subgrupos en los que este tipo de factores podrían ser analizados. De forma similar, sería de gran valor la utilización de herramientas como entrevistas clínicas, puesto que con ellas se enriquecería el proceso de validación de la prueba al dar información de la concurrencia de diferentes evaluaciones del duelo.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2010). *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory, 2ª Ed., BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bentler P. M. (1992). *EQS structural equation program manual*. Cork, Ireland: BMDP Statistical Software.
- Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: Distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 68-72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.021
- Boelen, P. A., van den Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged

- grief disorder, depression and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374-378. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.076
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (No. 3). *Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Byrne, B. M. & Campbell, T. L. (1999). *Cross-cultural comparisons and the presumption of equivalent measurement and theoretical structure: A look beneath the surface*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30, 555-574. doi: 10.1177/0022022199030005001
- Carmassi, C., Shear, M. K., Massimetti, G., Wall, M., Mauro, C., Gemignani, Dell'Osso, L. (2014). Validation of the italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1322-1329. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.03.001
- Dillen, L., Fontaine, J. R., & Verhofstadt-Denève, L. (2009). Confirming the distinctiveness of complicated grief from depression and anxiety among adolescents. *Death Studies*, 33(5), 437-461. doi: 10.1080/07481180902805673
- Faschingbauer, T. R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston: Honeycomb Publishing.
- Freud, S. (1992). Duelo y Melancolía. *Obras completas*, 14, 241-256. Buenos Aires: Amorrortu editores s.a.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Masaya, I., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127, 352-358.
- García-García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C., & Gaminde, I. (2001). Inventario de Experiencias de Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93.
- García-García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C., & Gaminde, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 353-358.
- Gordis, L. (2005). *Epidemiología* (3ª Ed.). Barcelona: Elsevier España.
- Hernández, R. H., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª Ed.) México: McGraw-Hill.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6, 1-55. doi: 10.1080/1070519909540118
- Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163. doi: 10.1002/jclp.20502
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2014). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods & Research*, 44, 486-507. doi: 10.1177/0049124114543236
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B. T., Arolt, V., & Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 201-204. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.033
- Kübler-Ross, E. (1997). *On death and dying*. New York: Scribner.
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Newsom, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132, 231-238. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.021
- Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27(3), 249-272. doi: 10.1080/07481180390137044
- Prigerson H. G. (2004). Complicated grief. *Bereavement Care*, 23(3), 38-40. doi: 10.1080/02682620408657612
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484-1486.

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ..., Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-5 and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-12.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ..., Miller, F. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59, 65-79.
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psycho-traumatology*, 2. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.7995
- Sanders, C. M., Mauger, P. A., & Strong, P. N. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. The Center of the Study of Separation and Loss: Charlotte.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi: 10.5093/cl2014a3
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J., & Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicate grief. *Depression and Anxiety*, 28(2), 118-126. doi: 10.1002/da.20775
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

## Apéndice

### Inventario de Duelo Complicado

#### Adaptación a población Colombiana

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco de la persona fallecida: \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación con el fallecimiento de un ser querido. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía la persona que murió.	0	1	2	3	4
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me desví de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4