

# HISTORIA DE PÉRDIDAS Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

## HISTORY OF LOSSES AND DEPRESSIVE SYMPTOMS

Adrián Chaurand,\* Guillem Feixas,\*  
Robert Neimeyer\*\*, Marta Salla\*  
y Adriana Trujillo\*

### Resumen

*En la literatura científica se ha dado importancia a la relación existente entre las pérdidas, la muerte de un ser querido y la depresión. Objetivos. Identificar la prevalencia de las pérdidas de seres queridos y otros tipos de pérdidas, la percepción de los participantes de haberse adaptado satisfactoriamente o no a cada una de las pérdidas y la relación que dichas pérdidas y su posible superación tienen con la sintomatología depresiva. Método. Utilizando el Inventario de Historia de Pérdidas (IHP) y el BDI-II se evaluó una muestra comunitaria incidental de 288 participantes. Resultados. El 42,71% de la muestra mencionó alguna pérdida que consideraba no haber superado. Se encontró que la intensidad de los síntomas correlacionaba con el número total de pérdidas, con el número de pérdidas de ser querido no superadas y con las pérdidas no superadas de otra índole. Conclusiones. Sería conveniente explorar la historia de pérdidas tanto de participantes en estudios de investigación como de los pacientes que se atienden ya desde el primer contacto, dado que las pérdidas pueden ser un factor de predisposición en la presentación de sintomatología diversa, y un aspecto a considerar en la planificación del tratamiento. El IHP es un instrumento breve y adecuado que cumple con ese propósito.*

**Palabras clave:** inventario de historia de pérdidas, depresión, duelo, muerte de ser querido.

### Abstract

*The importance of loss and bereavement for depression has been established in the literature. Objectives. To identify the prevalence of different kinds of losses among participants and to explore their perception of having overcome (or not) those losses and of their possible relationship with depressive symptoms (if any). Method. An incidental sample of 288 participants was assessed using the History of Loss Inventory (HLI) and the BDI-II. Results. 42.71% of the sample reported not having overcome at least one of their losses. Symptom severity correlated with the total number of losses, and with unresolved bereavement. Conclusion. To explore the history of losses might be convenient both in studies in areas where literature suggests the importance of bereavement such as depression and in therapy right from the first contact with the patient, as an issue to consider for treatment planning. The HLI is a suitable and brief instrument for that purpose.*

**Key words:** history of loss inventory, depression, grief, bereavement.

| Recibido: 01-03-13 | Aceptado: 23-12-13 |

\* Adrián Chaurand, Marta Salla, Adriana Trujillo y Guillem Feixas,  
Universidad de Barcelona, España

\*\*Robert Neimeyer, Universidad of Memphis, Estados Unidos

E-Mail: achaurandm@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIV p.p. 179-188

© 2015 Fundación AIGLÉ.

## Introducción

Integrar una pérdida implica que la persona ha sido capaz de incorporar en su vivencia y en su narrativa los aspectos vinculados a la relación perdida, y que le ha sido posible reorganizar su vida y su relación con el objeto perdido, de modo que esta relación no afecte negativamente su crecimiento personal y su vida cotidiana. En ocasiones esta integración no es lograda de forma natural y el apoyo de un profesional capacitado para abordar esta dificultad pudiera ser conveniente. En estos casos ayudar a darle un significado a la situación vivida sería el objetivo principal de la intervención psicológica.

Desde una postura constructivista, se concibe el duelo como el proceso de reconstrucción de significados que realiza una persona tras enterarse que ha perdido o que perderá algo. Esta transformación a nivel cognitivo es un hecho continuo en la vida del ser humano, ya que el acto de perder es en sí mismo una experiencia necesaria, complicada e inevitable para toda nuestra sociedad, todos perdemos cosas en el transcurso del tiempo. Como comenta Neimeyer (2007, p.162): “la pérdida se ve como un acontecimiento que puede perturbar profundamente las creencias sobre la vida que solemos dar por supuestas, dando un duro golpe a los fundamentos de nuestro mundo de presuposiciones”.

Perdemos dinero, perdemos amistades, perdemos proyectos de vida; estas pérdidas forman parte de la experiencia diaria, y cada una provoca una serie de reacciones: emociones, pensamientos, problemas de salud, etc. (Boelen y Prigerson, 2007; Bonanno et al., 2007). La forma en la que el individuo responde a la pérdida depende en gran medida de algunos factores como el soporte social, el contexto en el que sucede la pérdida, la certeza de que ésta sea inminente o no, y el tipo de relación con el objeto/sujeto perdido. Todos ellos de una forma u otra facilitan o dificultan la reestructuración que necesita hacer el individuo (Chaurand, Feixas y Neimeyer, 2012).

Algunas de estas variables han sido estudiadas, así como también la complicación en sí del proceso de duelo, lo que se conoce como Duelo Complicado, DC (Prigerson et al. 1999; Shear et al. 2011) o Duelo Prolongado, DP (Prigerson et al. 2009), siendo estos diagnósticos tan solo aplicables a la respuesta de duelo tras la muerte de un ser querido. Su prevalencia fue estudiada en población general alemana, encontrando un sorprendente 3,7% de personas que lo padecían (Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011). Otra reacción muy común tras la pérdida es el Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Aunque no siempre se da en respuesta a una pérdida, se ha encontrado que frecuentemente se desencadena

tras su ocurrencia (Zisook y Kendler, 2007; Zisook, Reynolds III et al. 2010; Zisook, Simon et al. 2010). Una de las cuestiones más complejas en el manejo de estos estados es el poder diferenciar entre el DC, el duelo agudo (Shear, 2011) y el TDM, y también poder identificar cuando ambas entidades, duelo y depresión están presentes de forma simultánea. Como Zisook comenta: “aunque algunos síntomas se solapan en ciertos pacientes, existe una fuerte evidencia de que el DC es diferente al TDM” (comunicación personal, 24 Noviembre, 2010).

En estudios que involucran la pérdida de un ser querido y sintomatología depresiva se han obtenido resultados interesantes. Karam et al. (2009) encontraron que al comparar pacientes con depresión reactiva a la pérdida de un ser querido y otros con depresión no relacionada a la muerte de un ser querido, el perfil global de sintomatología no era muy distinto. En lo que sí se identificó una diferencia significativa fue en aquellos con depresión reactiva a la pérdida de un ser querido, la sintomatología depresiva duraba un mayor período de tiempo. Por su parte, Piper, Ogrodniczuk, Azim y Weideman (2001) compararon niveles de depresión, ansiedad y ajuste social en pacientes diagnosticados dentro del eje I, la mayoría de pacientes con TDM y/o distimia, entre los cuales había un grupo que habían sufrido durante su vida alguna pérdida significativa de un ser querido y otro grupo que no había pasado por ese acontecimiento. Encontraron que el grado de sintomatología no era muy diferente entre unos y otros, solamente existían diferencias significativas cuando se encontraban niveles severos de DC. En otro estudio de pacientes con TDM también se encontró que aquellos que contaban con el diagnóstico de DC presentaban niveles mayores de depresión (Kersting et al. 2009). Los dos últimos estudios enfatizaron en la importancia de evaluar las pérdidas y el duelo complicado de forma rutinaria en pacientes de salud mental.

Tomando en cuenta estos resultados y que los temas de duelo y depresión han sido desde hace mucho tiempo motivo de atención (Bowlby, 1973; Freud, 1915), en los últimos años se han planteado distintos modelos para poder ofrecer el tratamiento adecuado (Boelen, van den Hout y van den Bout, 2006; Payás, 2010; Pérez y García, 2001; Shear, Franck, Houck y Reynold, 2005; Worden, 2004; Zisook y Schuchter, 2001). Para poder ajustar mejor el tratamiento en cada caso es necesario conocer la historia de pérdidas que ha vivido cada individuo, ya que éstas pueden estar influyendo en su estado actual. Rando (1993) comenta que cada pérdida que se tiene puede desencadenar tras ella otras pérdidas, de menor, igual o mayor dificultad y que es necesario contactar con cada una de ellas, procesando

el duelo para cada una de las pérdidas secundarias, así como para la precipitante.

En suma, es un hecho plenamente aceptado que la vivencia de pérdidas y su superación (o no) tiene mucha relevancia para la depresión (y también para otros problemas mentales y físicos). Pero los estudios existentes se centran casi exclusivamente en las pérdidas de seres queridos. Este estudio pretende identificar no sólo la prevalencia de las pérdidas de seres queridos sino también las de otros tipos de pérdidas, en una muestra de población general, su percepción de haberse adaptado satisfactoriamente o no a cada una de éstas, y la relación que dichas pérdidas y su posible superación tienen con la sintomatología depresiva.

## Método

### *Participantes*

Este estudio incluye participantes que han sido evaluados online y de forma presencial entre los meses de febrero y noviembre del 2010. Para los primeros se utilizó un asistente online (e-encuesta.com) para la realización de encuestas virtuales, 186 participantes contestaron los cuestionarios, pero 83 fueron descartados inicialmente por falta de datos; sin embargo, al contactar de nuevo con ellos, 14 re-entrevistaron los cuestionarios. Las demás evaluaciones se llevaron a cabo en persona utilizando una muestra incidental. En total se incluyeron en el estudio 288 sujetos de los cuales 117 habían respondido online (64,0% mujeres) y 171 presencialmente (70,41% mujeres), la media de edad fue de 33 años. En un análisis preliminar no se encontraron diferencias en las frecuencias de los distintos tipos de duelo ni en el nivel de síntomas depresivos entre los participantes online y los presenciales.

### *Instrumentos*

*Beck Depresión Inventory-II (BDI-II;* Beck, Steer y Brown, 1996). Es un inventario autoaplicado de 21 ítems que permiten evaluar síntomas depresivos como la irritabilidad, la pérdida de placer, la culpa y sentimientos de castigo, y otros de carácter más físico: fatiga, pérdida de peso, del deseo sexual, etc. Fue desarrollado como un indicador de la presencia y grado de síntomas depresivos consistente con el DSM-IV-TR, sin embargo no es un instrumento diagnóstico. El BDI-II permite evaluar la significación clínica de los cambios terapéuticos. En su versión en español (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) se encontraron niveles de consistencia interna elevada ( $\alpha = 0,87$ ).

*Inventario de Historia de Pérdidas (IHP;* Chaurand, Feixas y Neimeyer, 2010). Es un inventario breve en el que se pide al sujeto que haga una lista de las pérdidas significativas que ha vivido a lo largo de su vida. A continuación, en caso de presentar pérdidas, se le pregunta para cada una el tiempo que ha transcurrido desde que sucedió, la forma en que sucedió, y si considera haberla superado. Finalmente, se le pide que conteste afirmativa o negativamente si cree que alguna de estas pérdidas está relacionada con su sintomatología depresiva (si la tuviese); y de considerarlo así, se le pide que especifique cuál o cuales. El IHP utiliza una nomenclatura que facilita la clasificación de las pérdidas en términos de pérdida (muerte) de seres queridos (PSQ), pérdidas con otro tipo o causa distinta a la muerte (PO), pérdidas no superadas (PNS), pérdidas de seres queridos no superadas (PSQNS) y pérdidas de otro tipo no superadas (PONS).

### *Análisis estadísticos*

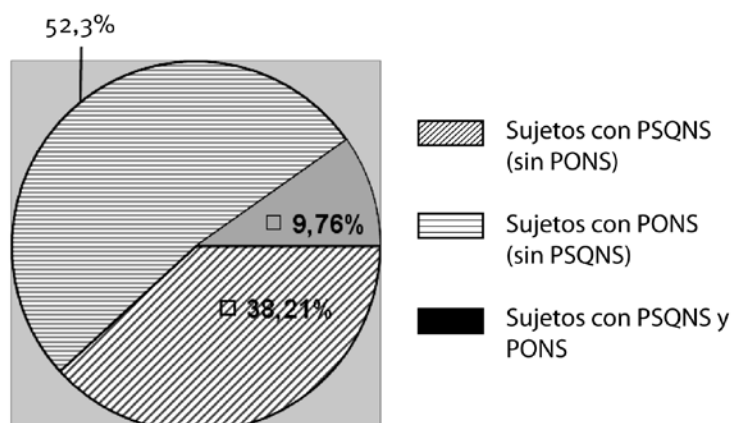
Las diferencias entre grupos en variables continuas se analizaron por medio de pruebas de T de Student con todos los valores de P bivariados y la significación estadística en el 5%. Al comparar las medias entre grupos dependiendo de cómo percibían su posible sintomatología depresiva se utilizó el ANOVA, pero al no cumplir los requisitos de normalidad se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. La relación entre el nivel de sintomatología depresiva, edad y el número de pérdidas de diversos tipos fueron investigados utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Los análisis se desarrollaron con el sistema informático SPSS (Versión 17 para Windows).

## Resultados

El 97,6% de la muestra presentó por lo menos una pérdida significativa ( $n = 281$ ). El número total de pérdidas fue de 794, lo que significó una media de 2,76 pérdidas significativas por persona. Del total de las pérdidas 470 (59,19%) fueron PSQ y las 324 (40,81%) restantes fueron PO. 184 (23,17%) fueron pérdidas no superadas, 39,13% relativas a un ser querido y 60,87% en relación a otras pérdidas.

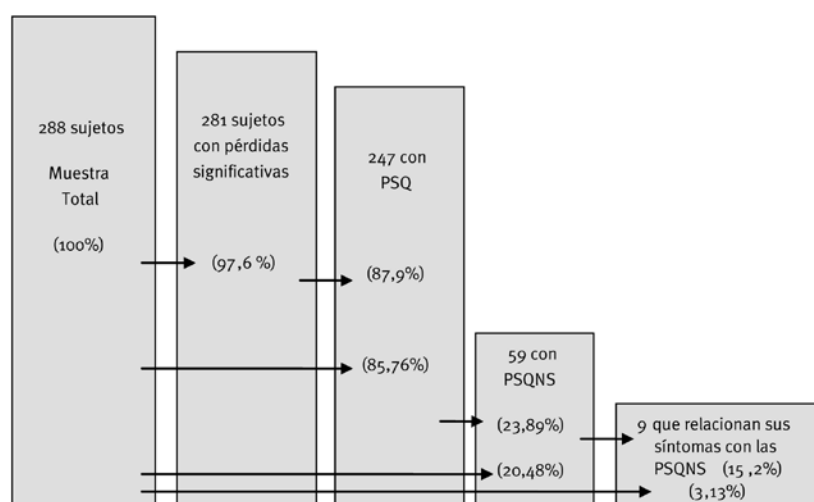
Del total de sujetos de la muestra, 123 (42,71%) presentaron alguna PNS y 247 (85,76%) habían sufrido la muerte de algún ser querido, de los cuales 59 (23,80%) consideraron tener alguna PSQNS (ver Figura 1). De estos 59, 9 (15,25%) manifestaron que su sintomatología era reactiva a la PSQNS, este último dato equivale al 3,64% de los participantes que habían vivido la pérdida de un ser querido y al 3,13% del total de la muestra (ver Figura 2). Por otro lado,

Figura 1. Tipología de pérdidas en sujetos con pérdidas no superadas (n = 123)



PSQNS = Pérdida de ser querido no superada; PONS = Pérdida de otro tipo no superada.

Figura 2. Distribución de los participantes según el tipo de pérdidas



PSQ = Pérdida de ser querido; PSQNS = Pérdida de ser querido no superada

Tabla 1. Distribución de las causas de las pérdidas de ser querido

	PSQNS (n = 72)	PSQS (n = 398)
AHS	13 (18,05 %)	51 (12,81 %)
Por causa natural inesperada	17 (23,61 %)	53 (13,32 %)
Por causa natural tras un periodo de deterioro o enfermedad	38 (52,78 %)	269 (67,58 %)
No contesta	4 (5,55 %)	25 (6,28 %)

Nota. PSQNS = Pérdidas de Seres Queridos No Superadas; PSQS = Pérdidas de Seres Queridos Superadas; AHS = Accidentes, Homicidios o Suicidios

51 (20,64%) de los sujetos que habían sufrido una PSQ mostraron PSQNS que habían sucedido hace más de 6 meses.

Ciento setenta (59%) de los participantes dijeron haber vivido otro tipo de pérdida significativa distinta a la de un ser querido, 76 (44,7%) consideraban tener por lo menos una que no habían podido superar, conformando el 26,39% del total de la muestra.

Aunque el número de PSQ variaba entre 0 y 8, no se encontró ningún sujeto que presentara más de 2 PSQNS. En cambio se identificaron algunos sujetos hasta con 4 PONS.

En relación a las manifestaciones de su estado de ánimo, el 18,1% de los participantes con pérdidas manifestó que su sintomatología depresiva era reactiva a alguna de las pérdidas mencionadas en el IHP, el 19,6% consideró que no era secuela de alguna de estas pérdidas y por último el 58% contestó que no creía presentar síntomas de depresión, el 4,3% restante no respondió esta pregunta.

En cuanto a cómo sucedieron las PSQ superadas y las PSQNS, se encontró una mayor proporción de pérdidas por accidentes, homicidios o suicidios (AHS) y aún mayor por causa natural inesperada entre las PSQNS (ver Tabla 1).

De las PSQ que sucedieron por causas naturales inesperadas, el 24,29% no se había podido superar. De las que sucedieron por accidentes, homicidios o suicidios no se superaron el 20,31% y, finalmente, las muertes precedidas por un periodo de deterioro o enfermedad mostraron el porcentaje de no superación más bajo, 12,38%. Al hacer una revisión detallada de las PONS, encontramos que las que aparecieron con mayor frecuencia fueron las pérdidas de

pareja (separación / divorcio), en segundo lugar las pérdidas de amistades, y en tercer lugar las pérdidas de estudios o proyectos personales (ver Tabla 2).

Al comparar las puntuaciones de sintomatología depresiva presentadas en el BDI, se encontró una diferencia significativa entre los sujetos con PSQNS ( $M = 10,92$ ,  $SD = 7,54$ ) y los que las habían superado ( $M = 7,62$ ,  $SD = 7,83$ );  $t(286) = 2,90$ ,  $p = 0,04$ , aunque el tamaño del efecto resultó pequeño ( $\eta^2 = 0,03$ ). Otro análisis se hizo entre los grupos con PNS ( $M = 11,74$ ,  $SD = 8,90$ ) y sin PNS ( $M = 5,73$ ,  $SD = 5,82$ );  $t(197,1) = 6,53$ ,  $p < 0,001$ , en este caso el tamaño del efecto determinado fue entre moderado y grande ( $\eta^2 = 0,13$ ). También se consideró que la varianza pudiera estar influenciada por el hecho de tener PONS ( $M = 12,0$ ,  $SD = 9,52$ ) o no tenerlas ( $M = 6,68$ ,  $SD = 6,49$ );  $t(101,03) = 5,19$ ,  $p < 0,001$ , el tamaño del efecto fue moderado ( $\eta^2 = 0,09$ ).

Se compararon las puntuaciones del BDI entre tres grupos diferentes (Grupo 1,  $n = 51$ ; participantes que creían que sus síntomas depresivos eran resultado de alguna(s) de sus pérdidas, Grupo 2,  $n = 55$ ; los que manifestaron que su sintomatología depresiva no estaba relacionada con sus pérdidas, y Grupo 3,  $n = 165$ ; los que consideraron no tener síntomas depresivos) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas utilizando la prueba de Kruskal-Wallis,  $X^2(2, n = 271) = 39,26$ ,  $p < 0,001$ . El Grupo 1 presentó la mediana de mayor puntuación ( $Md = 14$ ) seguido por el Grupo 2 ( $Md = 8$ ) y, por último, como era de esperar, el Grupo 3 ( $Md = 4$ ). Para encontrar específicamente las diferencias entre cada uno de los grupos se aplicó la corrección

Tabla 2. Pérdidas de otro tipo consideradas no superadas

	N = 112
Pareja (separación / divorcio)	20,54%
Amistades	16,6%
Estudios, Proyectos personales	14,9%
Otras	12,50%
Cambio de residencia (país, ciudad, propia o ajena, etc.)	8,93%
Mascota	6,25%
Salud	6,25%
Bienes materiales	5,6%
Trabajo	4,46%
Separación o divorcio de los padres	3,57%
Partes corporales	0,89%

de Bonferroni para ajustar el nivel de alpha ( $p = 0,017$ ) y se aplicó la U de Mann Whitney, ésta reveló diferencias significativas entre los Grupos 1 y 2 con un tamaño del efecto medio ( $U = 937$ ,  $z = -2,95$ ,  $p = 0,003$ ,  $r = 0,29$ ), las diferencias entre los Grupos 1 y 3 también fueron significativas ( $U = 1852$ ,  $z = -6,05$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = 0,41$ ) también con un tamaño del efecto medio, en la última comparación, entre los Grupos 2 y 3 el efecto presentado fue entre pequeño y medio, las diferencias fueron significativas también ( $U = 3370$ ,  $z = -2,87$ ,  $p = 0,004$ ,  $r = 0,19$ ).

Al buscar la relación entre diversas variables continuas (ver Tabla 3), fue posible identificar que a mayor edad el número total de pérdidas y el número de pérdidas de seres queridos incrementaba significativamente pero esta relación no se verifica para las PNS. También se evidenció que el número de pérdidas en general, de PNS, de PSQNS, de PONS, etc., estaba asociado al aumento de la sintomatología depresiva.

## Discusión

Los resultados sugieren que son muy pocas (2,4%) las personas que consideran no tener pérdidas significativas. Por otro lado, un gran número de sujetos, 4 de cada 10 tienen pérdidas que consideran no haber superado. Una sexta parte del total de la muestra tuvo PSQNS que sucedieron hace más de 6 meses, con lo que se cumpliría con el criterio de temporalidad propuesto para el diagnóstico de DC (Prigerson et al. 2009; Shear et al. 2011). Esto es importante señalarlo pues probablemente varios de estos sujetos podrían presentar este diagnóstico y, por lo tanto, estar en riesgo de desarrollar diversos trastornos físicos y psicológicos que se asocian al DC (Prigerson et al. 1997; Stroebe et al. 2007). El porcentaje de sujetos que atribuyeron su sintomatología depresiva a alguna PSQNS (3,13%) fue cer-

cano a lo encontrado por Kersting et al. (2011) en cuanto a la prevalencia de duelo complicado en la población general alemana (3,7%). Esto destaca el interés de investigar si las personas que pudieran ser diagnosticadas con DC podrían identificarse de forma directa en función de la respuesta a dos ítems del IHP. En efecto, el IHP permite estudiar el valor predictivo de la percepción de no haber superado la pérdida de algún ser querido y de creer que esa pérdida es motivo de su sintomatología depresiva. Sin embargo, algunas investigaciones (Zisook, Reynolds III et al. 2010; Zisook y Shear, 2009; Zisook, Shear y Kendler, 2007) señalan que los síntomas necesarios para cumplir con el diagnóstico de DC no son solamente de depresión, sino características específicas del DC, por lo que será necesario en un futuro investigar todos los síntomas del DC y su posible relación con la historia de pérdidas.

La cuarta parte del total de la muestra presentó PNS por razones distintas a la muerte de un ser querido, lo cual llama mucho la atención. Fueron, sobre todo, pérdidas relacionales como la de una pareja o la de amistades, así como también pérdidas de proyectos o sueños personales como son los estudios, el desarrollar un negocio, etc. La mayor parte de la investigación realizada hasta la fecha se ha centrado en las PSQ, este estudio subraya la necesidad de prestar atención a toda la historia de pérdidas de los pacientes que sean atendidos o investigados, ya que es probable que sean factores predisponentes para presentar sintomatología diversa.

Es interesante atender a las diferencias encontradas en el BDI entre grupos que presentaban o no, PNS, PONS y PSQNS, siendo siempre significativamente más elevadas las puntuaciones entre aquellos que las presentaban. Al tener en cuenta la percepción sobre los síntomas, los grupos comparados también presentaron diferencias; sin embargo, lo que despertó más interés fue que quienes creían

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre edad, síntomas depresivos y pérdidas de diversos tipos

	EDAD	BDI
BDI	-0,057	1
Número total de pérdidas	0,178**	0,236**
Número de pérdidas no superadas	-0,010	0,429**
Número de pérdidas de ser querido	0,205**	0,006
Número de pérdidas de ser querido no superadas	-0,027	0,208**
Número de otras pérdidas significativas	0,040	0,288**
Número de pérdidas significativas de otro tipo no superadas	0,021	0,52**

\*\* $p < 0,001$

que sus síntomas eran resultado de alguna de sus pérdidas puntuaron más alto que quienes afirmaron que el motivo de éstos era ajeno a su historia de pérdidas. Estos resultados parecen sustentar la tesis de que el estado de ánimo de una persona pueda verse fuertemente afectado cuando no se ha podido adaptar adecuadamente ante cualquier tipo de pérdida. No obstante, sería conveniente llevar a cabo alguna investigación que pueda replicar estos análisis con población clínica.

En este estudio, las pérdidas por causa natural inesperada han aparecido como más difíciles de superar incluso que las ocasionadas por AHS, pero en otro los resultados fueron contrarios (Kersting et al. 2011). Aunque la muestra de personas con este tipo de pérdidas era pequeña. Lundin (1984) encontró relación entre las muertes inesperadas y complicaciones en el duelo, pero Bonanno, Keltner, Holen y Horowitz (1995) no encontraron tal relación. A falta de datos definitivos sobre este tema, se sugiere continuar investigándolo.

Una limitación a considerar con respecto a la muestra del estudio es que la media de edad fue algo baja. Convendría realizar investigaciones que abarquen un mayor rango de edades distintas a lo largo del ciclo vital. Ciertamente, a medida que avanza el ciclo se incrementa también el número de pérdidas, sobre todo las de seres queridos.

Finalmente, cabe observar que una participante de la muestra mencionó haber sufrido la pérdida de un embarazo de manera voluntaria (aborto intencional). Ésta fue la única pérdida que no fue posible categorizar según el sistema de clasificación del IHP. No cabe duda de que éste es, en definitiva, un suceso difícil de asimilar para algunas personas y sería importante considerarlo como un tema a profundizar en el futuro.

## Conclusiones

A diferencia de otros artículos enfocados a pérdidas específicas como la muerte de un hijo o de la pareja, este estudio analizó la relación existente entre toda la historia de pérdidas significativas de una persona y su sintomatología depresiva. El IHP demostró ser un instrumento adecuado para evaluar dicho conjunto de pérdidas significativas y ofrecer datos a tomar en cuenta para una buena decisión diagnóstica y para planear el tratamiento pertinente.

El presente estudio aporta datos que muestran la relación entre diversos tipos de pérdidas y la influencia que éstas pueden tener sobre el nivel de sintomatología depresiva. Además se identificó que los síntomas depresivos pueden ser un reflejo de la

percepción personal de haberse adaptado o no ante alguna pérdida significativa a lo largo de la vida.

## REFERENCIAS

- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Boelen, P.A., & Prigerson, H. (2007). The influence of prolonged grief disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 444-452.
- Boelen, P.A., van den Hout, M.A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.
- Bonanno, G., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: verbal – autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 975-989.
- Bonanno, G.A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K.G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342-351.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: anxiety and anger. Attachment and loss*. Londres: Hogarth Press.
- Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. (2010). El Inventario de Historia de Pérdidas (IHP). Presentación y utilidad clínica. *Revista de Psicoterapia*, 84, 95-101.
- Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. (2012, Febrero). *El Inventario de Historia de Pérdidas (IHP): Una herramienta útil en la práctica clínica*. Comunicación presentada en el 13o Congreso Virtual de Psiquiatría. com (Interpsiquis 2012).
- Freud, S. (1915). Mourning and melancholia. *SE, vol. 14*, 237-258.
- Karam, E., Tabet, C., Alam, D., Shamseddeen, W., Chatila, Y., Mneimneh, Z., Salamoun, M., & Hamalian, M. (2009). Bereavement related and non-bereavement related depressions: a comparative field study. *Journal of Affective Disorders*, 112, 102-110.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343.

- 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.
- Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *British Journal of Psychiatry, 144*, 84-88.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo relacional*. Barcelona: Paidós.
- Peréz, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13*, 493-510.
- Piper, W., Ogradniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services, 52*, 1069-1074.
- Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds, C.F., Shear, M.K., Day, N., Beery, L., Newsom, J., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry, 154*, 616-623.
- Prigerson, H.G., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewsky, P. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-5 and ICD-11. *Plos Med, (6)*, 1-12.
- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds III, C.F., Maciejewsky, P. K., Davidson, J.R., Rosenheck, R., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.B., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry, 174*, 67-73.
- Rando, T. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Illinois: Research press.
- Sanz, J., Perdígón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249-280.
- Shear, K. (2011). Bereavement and the DSM 5. *Omega, 64*, 111-118.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds III, C.F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 293*, 2601-2608.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM 5. *Depression and Anxiety, 28* 103-117.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet, 370*, 1960-1973.
- Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Zisook, S., & Schuchter, S. (2001). Treatment of the depressions of bereavement. *American Behavioral Scientist, 44*, 782-797.
- Zisook, S., & Kendler, K. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine, 37*, 779-794.
- Zisook, S., Reynolds III, C., Pies, R., Simon, N., Lebowitz, B., Madowitz, J., Tal Young, I., & Shear, K. (2010). Bereavement, complicated grief and DSM, part 1: depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*, 1-2.
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry, 8*, 67-74.
- Zisook, S., Shear, K., & Kendler, K. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry, 6*, 102-107.
- Zisook, S., Simon, N., Reynolds III, C., Pies, R., Lebowitz, B., Tal Young, I., Madowitz, J., & Shear, K. (2010). Bereavement, complicated grief and DSM, Part 2: Complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry, 71* (8), 1097-1098.



## ANEXO 1

### Inventario de historia de pérdidas (IHP)

*Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R.*

Nombre: ..... Edad: ..... Hombre / Mujer

Situación personal (soltero, casado, viviendo en pareja, separado, divorciado, etc.): .....

Estudios (nivel más alto alcanzado): .....

El propósito de las siguientes preguntas es registrar de forma breve y detallada las pérdidas que usted ha vivido a lo largo de su vida hasta el día de hoy. Asegúrese de leer con atención cada pregunta y responder de forma concreta, es importante que **mencione solamente las pérdidas que considere más significativas**. No es necesario rellenar todos los espacios, ni tampoco limitarse a ellos.

(Ejemplos: Muertes o separaciones de seres queridos, mascotas, bienes materiales, partes de su cuerpo, salud, proyectos personales, etc.)

Nombre o descripción de la pérdida (si es de otra persona, describa la relación con usted, por ej. mamá, abuelo, amigo, profesor)	¿Hace cuánto sucedió?  (Especificar si en meses o años)	¿Cómo sucedió? *  (Por enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, de forma esperada o inesperada, etc.)	¿Considera usted haber superado esta pérdida?  (Siempre que sea posible, contestar sí o no)
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			
g)			

Si sufre usted actualmente alguna sintomatología depresiva como sentirse constantemente triste, desmotivado y sin energía o placer, ¿Considera que ésta se presentó como resultado de alguna de las pérdidas mencionadas previamente?

-Si            -No            - No considero que yo tenga síntomas depresivos

¿De cuál(es)?

\*\*\*\*\*

\*CLASIFICACIÓN PARA LA FORMA EN QUE SUCEDIERON LAS PÉRDIDAS (¿Cómo sucedió?)

(Esto es para que lo codifique el evaluador, no se incluye en el inventario durante la evaluación)

Si la pérdida es una muerte (PSQ):

1) AHS

1.1) A (Accidente)

1.2) H (Homicidio)

1.3) S (Suicidio)

2) Por causa Natural

2.1) Inesperadamente.

2.2) Tras un periodo de enfermedad o deterioro

Si es otro tipo de pérdida (PO):

3) Inesperada

4) Se sabía con anticipación