

Estudio Comparativo del Trastorno de Estrés Postraumático en Familiares de Fallecidos por muerte esperada vs Muerte Inesperada: Artículo Original

Comparative Study of Posttraumatic Stress Disorder in Relatives of deceased due to
Expected versus Unexpected circumstances

María Inés Esveidy Roldán Anzures¹, Ipsa Guadalupe Limón Espinoza², Ángel
Augusto Aguirre Gutiérrez³, Carlos Alberto Jiménez Baltazar⁴

RESUMEN

Introducción. El objetivo del trabajo fue comparar la presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en familiares de fallecidos por muerte inesperada y esperada.

Materiales y Métodos: Mediante un estudio transversal, se examinaron 60 familiares de fallecidos (22 muerte inesperada y 38 muerte esperada) con el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), la escala de depresión de Zung y la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Resultados: Existe asociación del trastorno de estrés postraumático con la

muerte inesperada de 59.1% y en 68.9 % para la muerte esperada. Así mismo, se identificaron algunos factores para desarrollar TEPT, dentro de los cuales se pueden mencionar: sexo femenino, escolaridad, si el sujeto vive en núcleo familiar, convivencia social, parentesco, puntuación alta en IDARE y escala Zung.

Conclusión: El TEPT afecta tanto a quienes perdieron a un familiar por muerte inesperada como esperada, por lo que es necesaria atención psicológica ante las primeras manifestaciones.

Palabras clave: muerte inesperada, muerte esperada, trastorno de estrés postraumático.

¹ Psicóloga Clínica, Máster en Medicina Forense

² Médico Cirujano, Máster en Farmacia, Facultad de Medicina, UV.

³ Médico Cirujano, Máster en Medicina Forense, Doctor en Ciencias Forenses, Instituto de Medicina Forense, UV

⁴ Antropólogo Físico, Máster y Doctorado en Antropología Física y Forense, Instituto de Medicina Forense, UV

Corresponding author: María Inés Esveidy Roldán Anzures, revmforense@uv.mx

SUMMARY

Introduction: *The objective of this study was to compare the presence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in relatives of those who died due to unexpected vs expected death.*

Methods: *A cross-sectional study examined 60 relatives of deceased individuals (22 unexpected death and 38 expected death) with the trait-state anxiety inventory (IDARE), the Zung depression scale, and the severity of symptoms of posttraumatic stress disorder.*

Results: *There is an association of posttraumatic stress disorder with unexpected death (59.1%) and for expected death (68.3%). We identified some predisposing factors to PTSD: female sex, scholar grade, family nucleus, social relationships, high score in IDARE and Zung scale.*

Conclusion: *PTSD affects both those who lost a relative due to unexpected and expected death, so that preventive psychological analysis is mandatory.*

Keywords: *sudden death, expected death, post-traumatic stress disorder.*

INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida como el bienestar integral que una persona experimenta como resultado del buen funcionamiento cognoscitivo, afectivo, conductual, con desarrollo pleno de sus capacidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación (Escandón, 2000); para poder mantener una estabilidad mental, el cerebro se vale de estrategias de autoprotección, entre ellas está el síntoma, cuya función es ocultar la realidad detrás de manifestaciones mentales y físicas

tangibles (Fodorl, 2013). El síntoma con el paso de tiempo llega a producir daño psicológico y a su vez, secuelas emocionales que se cronifican, lo cual se deriva comúnmente de un suceso traumático, llevando al sujeto a perder la capacidad de afrontamiento y adaptación a la nueva situación, pudiendo desarrollar entonces un trastorno por estrés postraumático (Medina, 2005; Pérez, 2009).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por un constante estado de estrés, definido como una alteración homeostática que se genera en el organismo para sobrevivir, mediante respuestas adaptativas que incluyen la activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, para reestablecer dicha homeostasis. (Mancini, 2014). Establecido por primera vez por Da Costa en 1871 (Reyes, 2008), se estableció que cuando no es posible el reequilibrio, se da una desregulación de dicho sistema, trayendo entre otras consecuencias un posible TEPT (Duval, 2010; Rodríguez, 2013). La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1987, define al TEPT como *la respuesta que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, ya sea por haber estado o sentido amenazada su integridad o la de otra persona cercana*; es aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida, que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero (Breslaw, 2002). Dicha asociación creó el manual de los trastornos mentales (DSM) con el fin de agrupar y unificar criterios respecto a los

trastornos mentales que se desarrollan a nivel mundial y con el paso del tiempo se ha ido actualizando y con ello, se han agregado, modificado y eliminado algunos de los trastornos. La última vez fue en el 2013 (DSM-V), donde el TEPT ha quedado definido en función de cuatro grupos de síntomas: reexperimentación, evitación, alteraciones negativas en el estado de ánimo, la cognición y la hiperactivación. También se han incluido dos subtipos: TEPT preescolar y trastorno disociativo de estrés postraumático (Elklit, 2014; Boelen, 2006). Esta respuesta patológica al trauma aumenta cuando el individuo procesa el suceso traumático con una sensación de amenaza continua y fuertes reacciones emocionales, por lo que una mala integración del trauma con otra información autobiográfica, puede llevar a una pobre inhibición de la recuperación de recuerdos del trauma (Ehlers, 2006).

Yehuda (1998) argumenta que el problema en el TEPT reside en la intensidad de la llegada de los recuerdos a la conciencia, donde la aparición de síntomas de ansiedad y los sentimientos de terror son derivados de la vivencia de una realidad amenazante que no existe más que en la conciencia del propio sujeto, donde el recuerdo no es almacenado y aunque debiera ubicarse en el ayer, es traído a la conciencia como actual, por lo que existe una contextualización desmedida o una alteración cualitativa del recuerdo (Kelley, 2009).

Se han realizado diversos estudios para indicar la prevalencia del (TEPT) en el mundo. En el año 2012, Javidi et al muestran que un 60.7% de los hombres y el 51.2% de las mujeres de la población mundial, experimentarán al menos un evento potencialmente traumático en su

vida y aproximadamente el 84% de los que sufren de TEPT, pueden tener condiciones comórbidas, incluyendo abuso de alcohol o drogas. Van Denderen et al (2015) muestran una prevalencia de TEPT relacionada a muerte por homicidio de 19.1% a 71%, por lo que consideran al TEPT como la psicopatología más experimentado por los individuos en duelo en los países bajos. En cuanto a la presencia de dicho trastorno, en países de bajos ingresos: un 15,8% en Etiopía, 17,8% en Gaza, 28,4% en Camboya y 37,4% en Argelia (Jong, 2001).

En España, las tasas de prevalencia de estrés postraumático son altas, presentándose un 75% en víctimas de agresión sexual, 65% en víctimas de terrorismo y un 46% en casos de violencia doméstica (Echeburúa, 2004). En EU, los estudios demuestran que por lo menos 50% de la población general reporta haber vivido experiencias traumáticas y uno de cada doce adultos ha tenido diagnósticos de TEPT en algún momento de sus vidas (Kessler, 2005). Otros hallazgos comunes han sido que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de desarrollar la enfermedad y que la violencia interpersonal está asociada con una probabilidad más alta de desarrollar TEPT (Stein, 2007). En el estudio llevado a cabo por Mc Laughlin et al (2013) se observó que casi dos tercios de los adolescentes estadounidenses experimentaron al menos una experiencia traumática a lo largo de 17 años, lo que indica una exposición sustancial a TEPT durante la infancia y la adolescencia, siendo que además un 4,7% de estos adolescentes cumplía con todos los criterios para el TEPT.

A nivel latinoamericano, Pérez Benítez et al (2009) realizaron un estudio

en Chile, señalando que el TEPT es un trastorno que se presenta frecuentemente relacionado con un alto grado de comorbilidad psiquiátrica; que los hombres tienen más probabilidades de experimentar traumas, pero son las mujeres las más propensas a desarrollar TEPT. En México se han realizado diversos estudios para demostrar la presencia del TEPT en su población; entre ellos se encuentra el realizado en el año 1999 (Norris, 2004), donde fueron analizadas algunas comunidades rurales después de un desastre natural, haciendo mención del impacto y desarrollo del TEPT en dichas comunidades. En el 2005 Medina et al (2005) encontraron que el 68% de la población nacional ha estado expuesta al menos una vez en su vida a algún evento estresante. Esta exposición varía por sexo donde la violación, el acoso y el abuso sexual son más comunes en mujeres, mientras que sufrir un accidente o ser víctima de un robo es más común en los hombres; en cuanto a edad, el TEPT es más frecuente en niños, adolescentes, mujeres adultas jóvenes y ancianos. Por sexo, el 2,3% de las mujeres y el 0,49% de los hombres presentan TEPT (Perales, 2006).

Es importante conocer la respuesta que un individuo puede desarrollar ante un evento traumático como el homicidio de un ser querido. Hoy en día por cada víctima de homicidio hay en promedio 3.4 víctimas indirectas, expresado en el informe realizado en 2012 a través del centro de análisis de políticas públicas, la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito; este informe indica que México registró el mayor aumento a nivel mundial entre 2007 y 2010 en cuanto a homicidios intencionales se refiere. Sin embargo, estas muertes en su mayoría quedaron impunes; un número importante de ellas ni siquiera fueron

denunciadas ante los ministerios públicos (Anguiano, 2012). Aunado a ello, que “la quinta encuesta nacional sobre inseguridad (2010), expone que el 11% de la población mayor de 18 años fue víctima de un delito. Ciudad Juárez, concentró el más alto índice de crímenes, destacando el secuestro, asalto con violencia y el homicidio (De la Rosa, 2013)”.

Conocer la respuesta de una persona ante los sucesos negativos vividos anteriormente, como el homicidio, ayuda a realizar la predicción de como reaccionara ante una nueva situación de estrés (Barreto, 2012). Siendo así que los síntomas de TEPT suelen aumentar con cada exposición traumática posterior (Honor, 2013). A mayor exposición al evento traumático existe mayor gravedad de TEPT y, la persistencia de los síntomas se relacionan con la tensión por las adversidades en el entorno de recuperación (Goenjian, 2005). Con el homicidio surge el fenómeno del duelo y se ha demostrado que existe una asociación entre el duelo y el TEPT. Christiansen et al (2013), en el análisis de diversos estudios llevados a cabo, encontraron que mujeres que perdieron a su hijo por fallecimiento, el 13% -28% de las madres afligidas reportan síntomas de angustia psicológica grave aún un año después de la pérdida, mientras que en otro estudio se halló que un cierto número de padres desconsolados experimentan síntomas de reexperimentación, evitación y la excitación consistente con un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT), informando que aproximadamente el 17% de los padres sufría de TEPT un mes después de la muerte de su bebé. Esta prevalencia disminuyó a 9% 3-12 meses después de la pérdida. A lo que otro estudio agrega que

existe una prevalencia de TEPT del 7% 4 meses después de la pérdida del embarazo, aunque, aunque esta cifra puede alcanzar hasta un 10% (O'Connor, 2010). Algunas personas desarrollan trastorno por duelo complicado posterior a la exposición a un evento traumático, experiencia sustancialmente con mayor deterioro psicológico y funcional que los individuos con trastorno de estrés postraumático (Eiklin, 2014). Por ello, Boelen et al (2010) ponen de manifiesto la importancia de tratar por separado el TEPT y el duelo complicado, considerándoseles concomitantes mas no un solo trastorno; Schaal et al (2010) mencionan que los síntomas de TEPT pueden obstaculizar el proceso de duelo, por lo que necesitara ser abordado en primer lugar, antes de que el proceso de duelo puede ser completado.

Un trauma relacionado con la muerte, implica la experiencia personal de un evento, que puede tener como resultado la muerte real, lesiones graves u alguna amenaza para sí mismo; aunque presenciar la muerte, lesión o amenaza a otra persona; incluso saber de la muerte inesperada, violenta o un daño grave a un ser querido, también pueden traer como resultado un trauma (Rieder, 2013). Los síntomas de TEPT se han identificado como una potencial complicación psicológica tras el duelo, la prevalencia de TEPT posterior al duelo se ubica en un rango de 9 a 27% (Ogata, 2011). En un estudio, el 38,9% de las personas evaluadas presentan duelo complicado aunado a síntomas de TEPT después de un terremoto (Liu, 2013).

Estudio previo del TEPT en muerte esperada e inesperada

Parecería evidente que la respuesta de los familiares ante la muerte

de un individuo podría ser diferente en caso de muerte repentina o inesperada en comparación con aquellos casos en los que una larga enfermedad ocasiona un fallecimiento esperado o al menos racionalizado. Esta diferencia podría estar vinculada con cinco factores: uso de medicamentos para afrontar la pérdida, lugar donde ocurrió la muerte, falta de red de apoyo social, sentimientos de miedo y la afectividad negativa (Kristensen, 2004).

En relación a la muerte esperada, Anderson et al (2008) señala que en caso de individuos fallecidos después de haber permanecido por periodos prolongados en una Unidad de Cuidados Intensivos, la prevalencia de TEPT suele ser mayor. Este factor es mayor en los familiares que son responsables de tomar decisiones difíciles en relación con la salud del moribundo (Azoulay, 2004). En un estudio en donde evaluaron niños que perdieron a un padre o madre por diagnóstico de cáncer, la prevalencia de TEPT suele ser mayor que la observada en niños que experimentaron tratamientos por cáncer (Stoppelbein, 2006). Un hallazgo similar fue encontrado por Kaplow et al (2014), con mayores índices de depresión que niños que perdieron a sus padres de forma inesperada.

En caso de muerte inesperada, definida como aquella que se da en una situación violenta, traumática o por alguna fuerza extraña al funcionamiento normal (Gilbert, 1991). Cuando el duelo sigue a una muerte violenta, como el homicidio o un ataque terrorista, las reacciones de duelo se han conceptualizado como una combinación más complicada de la depresión y el TEPT (Kaltman, 2003). Incluso existen estudios en la población estadounidense (Keyes et al, 2014), que demuestran que

la muerte inesperada de un ser querido es la experiencia traumática más frecuentemente, ya que es estresante, súbita e repentino pudiendo ocasionar trastorno de estrés postraumático (Javidi, 2012). Kaltman et al (2003) también se suman a esta conceptualización agregando que la muerte violenta predice los síntomas de TEPT y la persistencia de la depresión con el tiempo. A esto, Van Denderen et al (2014), hablan de personas que se enfrentan a la pérdida de familia por homicidio, tienen que hacer frente a la angustia de separación, en relación con su pérdida, y la angustia traumática asociada con las circunstancias de la muerte, reacciones típicamente asociadas a duelo complicado y el trastorno de estrés postraumático. De la Rosa (2013) señala que la muerte de una persona cercana es siempre una experiencia difícil, especialmente si se produce de forma imprevista y violenta, como ocurre en el caso de asesinatos o de suicidio. Schaal et al (2010) establecen que los actos extremos de violencia podrían poner presión adicional en el curso normal del duelo. Burke et al (2014) indican que la pérdida de un ser querido por una muerte violenta, se asocia con malos resultados de salud mental, incluyendo TEPT, depresión y DC. Por lo que la pérdida traumática puede alterar la percepción del doliente y puede precipitar una crisis tras la pérdida.

Con base en lo anterior, es evidente que los resultados son un tanto contradictorios, sin que haya establecido con claridad si el TEPT es más frecuente en familiares de fallecidos en forma esperada o inesperada. En México no existen estudios al respecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Incluimos en el estudio un total de 60 familiares de individuos fallecidos en los municipios de Boca del Río y Xalapa, en el estado Veracruz, México, con edades comprendidas entre los 18 y 71 años; de ellos, el grupo INESP estuvo compuesto por 22 familiares (37%) son familiares de individuos fallecidos por muerte inesperada (accidentes, homicidio, suicidio, muerte súbita) y el grupo ESP compuesto por 38 (63%) familiares de fallecidos por causas esperadas (enfermedades crónico-degenerativas diversas). Una vez firmado el consentimiento informado, incluimos únicamente individuos mayores de 18 años que hubiesen perdido un familiar en un plazo previo no mayor a un mes.

Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- a) Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE), versión adaptada al español de la escala STAI de Spielberg, escala que mide dos dimensiones de ansiedad: Estado, entendido como se siente la persona en ese momento y Rasgo, que se refiere a cómo se siente generalmente. Está constituido por veinte ítems, con un valor específico, que permite determinar nivel de ansiedad Bajo, Moderado o Alto, en una escala de 20 a 80 puntos en cada dimensión.
- b) Escala de Zung para depresión (EZ-D). Validada en nuestro país desde 1970 (Conde, 1970). Es un instrumento tipo Likert formado por 20 ítems que valora la frecuencia de síntomas depresivos en los últimos quince días. Se otorga una puntuación a cada ítem dando una escala de 20-80 puntos, siendo normal menos de 49, leve

de 50-59, moderado de 60-69 y severo es mayor a 70.

- c) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés postraumático. Basado en los criterios diagnósticos del DSM-V, mide la severidad del trastorno al cuantificar cada síntoma según frecuencia e intensidad. Es una entrevista estructurada tipo Likert, formada por 17 ítems con 3 subescalas: reexperimentación, evitación y aumento de activación. Se determina la presencia de TEPT con 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 de aumento de la activación, valorando si es agudo, crónico o de inicio moderado dependiendo el tiempo de duración de los síntomas.

Las variables fueron analizadas por medio de la prueba de Chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y elaboración de tablas cruzadas, con el software SPSS de IBM en su versión más reciente.

RESULTADOS

El grupo INESP estuvo conformado por 22 familiares, 7 hombres y 15 mujeres. El grupo ESP estuvo

conformado por 38 familiares, 16 hombres y 22 mujeres.

Agrupamos a los individuos de ambos grupos en categorías de edad; la prevalencia de TEPT fue mayor en los rangos 25-29 y 55-59 en el grupo INESP y los rasgos 25.-29, 35-39 y 45-49 en el grupo ESP, sin alcanzar diferencia estadística. Valoramos asimismo el grado de estudios en ambos grupos y el único hallazgo relevante es que el grupo INESP a mayor nivel escolar, mayor probabilidad de presentar TEP, sin alcanzar significancia estadística. Tampoco se observó diferencia estadística en las variables estado civil, la vivienda en solitario o con familia, el tipo de parentesco.

Analizamos el grado de convivencia social en ambos grupos; observamos que la mayor parte de los familiares del grupo ESP presentaron convivencia social, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Esto podría explicarse por el hecho de que al ser una muerte relativamente esperada, un mayor número de familiares se vinculan alrededor del enfermo, incrementando la convivencia social de los familiares directos. Todos los datos demográficos mencionados son resumidos en la Tabla 1

	Grupo ESP	Grupo INESP	Valor de p
Número de pacientes y relación H:M	22 (7:15)	36 (16:22)	
Rango de edad predominante	45-49 (18.4%) 25-29 (15.8%)	50-59 (22.7%) 25-29 (18.2%)	0.741
Escolaridad	Media (47.4%) Baja (28.9%)	Media (50%) Profesional (27.3%)	0.597
Estado civil	Casado (44.7%) Soltero (34.2%)	Soltero (31.8%) Viudo (31.8%)	0.089
Vivir sólo	15.8%	27.3%	0.461
Convivencia social	78.9%	50%	0.020*
Tipo de parentesco	Hijo (52.6%) Hermano (15.8%)	Hijo (31.8%) Esposo (22.7%)	0.185

*x² (p<0.05) significativa

Tabla 1. Grado de convivencia social de ambos grupos

La escala IDARE nos permitió determinar el grado de ansiedad en dos dimensiones: Estado, entendido como la forma en que se siente la persona en ese momento; y Rasgo, entendido como la forma en que se siente esa persona generalmente.

En cuanto al grupo INESP, la valoración de dimensión Estado fue alta en el 68.18%, media en el 27.2% y baja en el 4.6%. La valoración de dimensión Rasgo fue Alta en 59.09%, Media en el 27.3% y Baja en el 13.6%. Finalmente, la valoración de depresión por la escala de Zung para este grupo fue Severa en 27.3%, Moderada en 40.9% y leve en 18.2%.

En cuanto al grupo ESP, la valoración de dimensión Estado fue Alta en 78.94%, Media en 15.78% y Baja en el 5.26%. La valoración de dimensión Rasgo fue Alta en el 73.68%, Media en el 18.4% y Baja en el 7.89%. Finalmente, la valoración de Depresión por la escala de Zung para este grupo fue Severa en 28.94%, Moderada en 31.57% y Leve en 23.7%. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en términos de ansiedad y depresión de acuerdo a las escalas utilizadas (Tabla 2)

	Grupo ESP	Grupo INESP
Ansiedad Estado	Alta: 79.84% Media: 15.78% Baja: 5.26%	Alta: 68.18% Media: 27.2% Baja: 4.6%
Ansiedad Rasgo	Alta: 73.68% Media: 18.4% Baja: 7.89%	Alta: 59.09% Media: 27.3% Baja: 13.6%
Depresión	Severa: 28.94% Moderada: 31.57% Leve: 23.7%	Severa: 27.3% Moderada: 40.9% Leve: 18.2%

Tabla 2. Comparativo de ansiedad y depresión en ambos grupos

La determinación de la prevalencia de TEPT fue de 63.6% en el grupo INESP (14.28% hombres y 85.71% mujeres) y de 52.63% en el grupo ESP (30% hombres, 70% mujeres). No constituyó una diferencia estadísticamente significativa. Por tal motivo, intentamos hacer una correlación entre las variables demográficas y los valores obtenidos en Ansiedad y Depresión con la prevalencia de TEPT para determinar si alguno de ellos pudiera ser un factor predictivo.

Por medio de la prueba de Fisher los siguientes parámetros pudieran ser predisponentes al desarrollo de TEPT en la población estudiada ($p < 0.05$): grado de convivencia social, calificación elevada de la prueba IDARE-Estado en el grupo de familiares con fallecidos de muerte esperada ($p = 0.045$) y calificación elevada de la prueba IDARE-Rasgo en el grupo de familiares con fallecidos de muerte esperada ($p = 0.029$).

DISCUSIÓN

Tras revisar la evidencia científica disponible hasta la fecha, se ha encontrado muy poca literatura sobre la asociación existente entre el trastorno de

estrés postraumático y familiares de fallecidos por muerte inesperada y esperada, aunque no por ello deja de ser un tema poco importante a tratar.

De acuerdo con De la Rosa (2013), si bien existe una alta exposición a sucesos que pueden producir un estado traumático en México, uno de los más frecuentes es la muerte de un familiar cercano lo cual es un acontecimiento que toma a la persona por sorpresa y la deja sin soporte social y emocional, siendo así un campo abonado para desarrollar TEPT (Mingote, 2011). De hecho, la evidencia indica que una minoría significativa de personas en duelo, víctimas de la pérdida violenta y víctimas de la pérdida no violenta, pueden desarrollar síntomas de TEPT en relación con su pérdida (Boelen, 2006).

Los resultados del presente estudio apoyan la relación existente entre TEPT y la muerte de un familiar. Esto es consistente con el estudio desarrollado por Javidi (2012), quien señala que “ser testigo de graves lesiones a un ser querido o experimentar la muerte de alguno de ellos, son considerados como factores que pueden desencadenar TEPT”, afirmación que se ve apoyada en estudios previos, como el realizado por Azoulay et al

(2005), donde miembros de la familia en duelo que habían tenido la responsabilidad del cuidado de su familiar en terapia intensiva, fueron más propensos a desarrollar TEPT que los miembros de la familia que no tuvieron que estar para su cuidado mientras estuvieron enfermos.

Barreto (2012) y Bravo (2007) encontraron los siguientes factores predictores de TEPT asociados a la muerte de un familiar: edad del doliente, tipo de relación con el fallecido, circunstancias de la muerte, sexo, familia, dinero, madurez emocional, relación (cercana, lejana) que hubo con la persona que murió, rol familiar, personalidad del doliente, bajo apoyo social y duelos previos no resueltos.

Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran como variables asociadas a desarrollar TEPT: escolaridad, vivir en compañía, convivencia social, parentesco, puntuación alta en IDARE rasgo-estado y un nivel severo o moderado en escala Zung, aunque no en todos los casos se alcanzó significancia estadística, en parte porque el tamaño de nuestra muestra fue pequeño. Estos factores se evidenciaron especialmente en los casos de muerte esperada.

Las variables edad y estado civil no resultaron relevantes para establecer una relación estrecha con el desarrollo del TEPT. Nuestros resultados difieren de lo reportado por los autores previamente mencionados.

El sexo femenino tanto para el caso de muerte inesperada (76.9) y esperada (61.5) son quienes más presentan TEPT, similar a lo hallado por Medina et al (2005).

Duval (2010) hace diferencias biológicas en cuanto a sexo y señala que ante un estresor, el hombre principalmente activa el córtex prefrontal, mientras que la mujer preferentemente hace uso del sistema límbico, en especial de la amígdala, estructura cerebral que participa en la cognición y es la “efectora de las conductas de miedo” (Yehuda,1995). Esto parece explicar porque las mujeres reaccionan con mayor emotividad que los varones ante la pérdida de un ser querido, dándose una mayor probabilidad a desarrollar el TEPT.

La puntuación alta en IDARE rasgo-estado, fue asociada a la presencia de TEPT, tanto en muerte inesperada como esperada. Sin embargo, solo en la muerte esperada se pudo hallar una asociación estadísticamente significativa. Mostrando así, que responder de manera ansiosa ante el fallecimiento de un familiar y/o tener un rasgo de personalidad de ansiedad, pueden considerarse predictores para el futuro desarrollo de TEPT. Haber obtenido un nivel severo o moderado de depresión, para el caso de muerte inesperada, parece ser un factor de riesgo a desarrollar TEPT. Esto es semejante con lo encontrado por Kaltman et al (2003), quienes indagaron que, en una pérdida inesperada, las reacciones de duelo se vuelven una combinación más complicada de depresión y TEPT. En el caso de muerte esperada no se pudo establecer esa correlación, ya que también personas que mostraron un nivel normal o leve de depresión, desarrollaron TEPT posteriormente.

La presente investigación ha permitido demostrar que aunque la muerte inesperada produce un alto nivel de estrés y depresión por lo imprevisto del evento, es la muerte esperada la que

es más proclive a desencadenar un TEPT. Sin embargo no deben descartarse algunos otros factores no mencionados en la presente investigación, como son: medicación, tipo de relación afectiva con el fallecido, presencia de duelo complicado, madurez emocional y rol familiar. Motivo por el cual es importante considerar esos factores en investigaciones futuras.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Press.
2. Anderson MD, Robert MA, Angus (2008). Estrés postraumático y la aflicción complicada en los familiares de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *J Gen Intern Med.* 23(11): 1871–1876.
3. Armstrong D, Shakespeare J (2011). Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *Omega (Westport);* 63(2):125-40.
4. Auxéméry Y. (2014). Clinical forms of post-traumatic depression. *Encephale.* S0013-7006(14): 00166-3.
5. Azoulay E, Pochard F, Kentish N (2010). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 171(9):987-94.
6. Barnes JB, Dickstein BD, Maguen S (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *J Affect Disord.* 136(3):366-9.
7. Barreto P, De la Torre O (2012). Detección de duelo complicado. *psicooncología.* 9 (2-3): 355-368.
8. Boelen PA (2009). The centrality of a loss and its role in emotional problems among bereaved people. *Behav Res Ther.* Jul;47(7):616-22.
9. Boelen P. (2010). Intolerance of uncertainty and emotional distress following the death of a loved one. *Anxiety Stress Coping.* Jul;23(4):471-8.
10. Bonanno GA, Neria Y, Mancini A (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *J Abnorm Psychol.* May; 116(2):342-51.
11. Burke LA, Neimeyer RA. (2014). Complicated spiritual grief I: relation to complicated grief symptomatology following violent death bereavement. *Death Stud.* Jan-Jun;38(1-5):259-67.
12. Caballero MA, Ramos L (2004). Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el instituto nacional de psiquiatría. *Salud Mental;* 27:21-30.
13. Christiansen DM, Elklit A, Olf M. (2013). Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *Gen Hosp Psychiatry,* 35(6):605-11.
14. Echeburua, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de los síntomas de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta;* 23 (10).
15. Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P (1998). Trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de Víctimas. *Análisis y modificación de la conducta.* 24(96):527-555.
16. Ehlers, A. (2006). Understanding and Treating Complicated Grief: What Can We Learn from Posttraumatic Stress Disorder?. *Clin Psychol (New York).* 13(2): 135–140.
17. Eisma MC, Rinck M, Stroebe MS (2015). Rumination and implicit avoidance following bereavement: an approach avoidance task

- investigation. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Jun;47:84-91.
18. Elklit, P., Hyland, P., Shevlin, P. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. 5: 10.
 19. Escandón C R. (2000). Salud mental. Un panorama de la salud mental en México. *Salud mental, sociedad contemporánea*. 2000: 9: 17.
 20. Fodor KE, Perczel FD (2013). Posttraumatic stress symptoms, dysfunctional attitudes and ways of coping in a clinical sample of PTSD patients. *Psychiatr Hung*; 28(1):5-12.
 21. Hornor G. (2013). Posttraumatic stress disorder. *J Pediatr Health Care*. May-Jun;27(3):29-38.
 22. Javidi H., Yadollahie M. (2012). Posttraumatic Stress Disorder. *Int J Occup Environ Med*. 3(1):2-9.
 23. Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001; 286:555-62.
 24. Kaltman S, Bonanno GA (2003). El trauma y duelo: Examinar el impacto de las muertes súbitas y violentas. *Journal of Anxiety Disorders*, 17:131 - 147.
 25. Kaplow JB, Shapiro DN, Wardecker BM, Howell KH, Abelson JL, Worthman CM y Prossin AR (2013). Psychological and environmental correlates of HPA axis functioning in parentally bereaved children: preliminary findings. *J Trauma Stress*. 26(2):233-40.
 26. Kaplow JB, Howell KH, Layne CM. (2014). Do circumstances of the death matter? Identifying socioenvironmental risks for grief-related psychopathology in bereaved youth. *J Trauma Stress*. Feb; 27(1):42-9.
 27. Kelley, LP , Weathers, FW , McDevitt-Murphy, ME , Eakin, DE , inundación, AM (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (3), 227-35.
 28. Keyes KM, Pratt C, Galea S (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*. 171(8):864-71.
 29. Kristensen TE, Elklit A, Karstoft KI, Palic S. (2014). Predicting chronic posttraumatic stress disorder in bereaved relatives: a 6-month follow-up study. *Am J Hosp Palliat Care*. Jun;31(4):396-405.
 30. Mancini A., Bonanno G., Sinan B. (2014). A Brief Retrospective Method for Identifying Longitudinal Trajectories of Adjustment Following Acute Stress. *Assessment*. Jun; 22(3):298-308.
 31. Medina-Mora Icaza ME., Borges Guimaraes-G., Lara C., Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. (2005). Prevalencia de actos violentos y el trastorno de estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Méx*.47 (1): 8-22.
 32. Medina ME, Borges G, Lara C (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Asociación Psiquiátrica Mexicana: Manual de los Trastornos Mentales Edición 2005*. México, 2005, pp. 13-24.
 33. Norris FH, Murphy AD, Baker CKlla JL. (2004). Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *J Traumatic Stress*. 17(4):283-292.
 34. Orozco R, Borges G, Benjet C (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública Méx*. 50(1):29-37.

35. Perales A (2006). Trastorno de Estrés Post-Traumático: manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. Reporte farmacológico. *Diagnóstico*; 45(4).
36. Saindon C, Rheingold AA, Baddeley J (2014). Restorative retelling for violent loss: an open clinical trial. *Death Stud. Jan-Jun*; 38(1-5):251-8.
37. Schaal S, Jacob N, Dusingizemungu JP (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*; 10: 55.
38. Sharpe TL, Osteen P, Frey JJ. Coping with grief responses among African American family members of homicide victims. *Violence Vict*. 2014; 29(2):332-47.
39. Simona, M, Shearb K, Thompson E. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*. 48 (5): 395-399.
40. Spielberger, Charles D. Díaz r (1975) IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México Manual Moderno.
41. Stein MB, Walker JR, Hazen AL (2007). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry*. 154(8):1114–1119.
42. Stoppelbein LA, Greening L, Elkin TD. (2006). Risk of posttraumatic stress symptoms: a comparison of child survivors of pediatric cancer and parental bereavement. *Pediatr Psychol*; 31(4):367-76.
43. Tagay S, Arntzen E, Mewes R (2008). Correlation between death of important relatives and posttraumatic stress disorder. *Z Psychosom Med Psychother*. 54(2):164-73.
44. Tutte JC. (2002). El concepto de t psíquico: un puente en la interdisciplina. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Uribe, S. (2015). Comentarios al trastorno persistente de duelo complicado del dsm-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. 7(1):1-5.
45. Usano RJ, Li H, Zhang L, Hough CJ, Fullerton CS, Benedek DM, et al. (2008). Models of PTSD and traumatic stress: the importance of research “from bedside to bench to bedside. *Prog Brain Res*; 167:203-15.
46. Van Denderen M., Keijser J., Huisman M. (2014). Prevalence and Correlates of Self-Rated Posttraumatic Stress Disorder and Complicated Grief in a Community-Based Sample of Homicidally Bereaved Individuals. *J Interpers Violence*
47. Van Denderen M, de Keijser J, Kleen M (2015). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*; Jan;16(1):70-80.
48. Vermetten E, Bremner JD. (2002). Circuits and Systems in stress: applications to Neurobiology and Treatment in Posttraumatic Estrés Disorder. *Depression and Anxiety*, 16, 14–38.
49. Yehuda R. Shalev AY. (1998). “Predicting development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event” *Biologic Psychiatry*; 44: 1305-1313.
50. Yehuda, R., Bierer, L. (2009). The Relevance of Epigenetics to PTSD: Implications for the DSM-V. *J Trauma Stress*. 22(5): 427–434.
51. Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70.



**Revista Mexicana de Medicina Forense
y Ciencias de la Salud**