

DUELO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS A LOS DOS MESES DE LA PÉRDIDA

Verónica Romero¹ y Juan Antonio Cruzado²

¹ Asociación Española Contra el Cáncer, Junta Provincial de Granada

² Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Objetivo: En este estudio se va a valorar la prevalencia del diagnóstico de duelo prolongado y evaluar la gravedad de síntomas depresivos, ansiosos y la sintomatología de duelo complicado a los dos meses de darse la pérdida. Asimismo, pretendemos estudiar qué variables asociadas al riesgo de duelo, pudieran ser más determinante en su diagnóstico y síntomas y el malestar emocional consecuente.

Método: Se han evaluado un total de 66 familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital San Cecilio de Granada. Se han realizado medidas a los dos meses después del fallecimiento. En esta investigación se ha explorado el malestar emocional existente, en los cuestionarios Inventario de Depresión de BECK (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Duelo Complicado (IDC) y el cuestionario de Duelo Prolongado (PG-12).

Resultados: Los resultados muestran que el 30,3% y 21,21% de los dolientes presentaban puntuaciones de depresión y ansiedad clínica a los dos meses del fallecimiento. La prevalencia de diagnósticos de duelo prolongado, según el PG-12, es de 10,6%, y el 53,03% de los participantes, presentan sintomatología de duelo complicado según el IDC. Asimismo, se muestran diferencias estadísticamente significativas en los dolientes con y sin diagnóstico de duelo prolongado y las puntuaciones

Abstract

Aim: This study is going to assess the prevalence of prolonged grief diagnoses and it will evaluate the severity of the symptoms of depression, anxiety and complicated grief two months after a loved one is lost. We also intend to study which variables associated with the risk of grief could be more decisive when diagnosing it, its symptoms and the consequent emotional distress.

Method: A total of 66 families of patients in the Palliative Care Unit (PCU) at Hospital San Cecilio in Granada have been evaluated. Measurements were taken two months after the death. This investigation has explored the existing emotional distress using the following questionnaires: Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Inventory of Complicated Grief (ICG) and Prolonged Grief Disorder (PG-12).

Results: The results show that 33.3% and 21.21% of the sufferers had high levels of depression and clinical anxiety two months after the death. The prevalence of prolonged grief diagnoses, according to the PG-12, is 10.6% and 53.03% of the participants showed symptoms of complicated grief according to the ICG. Additionally, statistically significant differences are found in the sufferers with and without a prolonged grief diagnosis and scores in the ICG and BDI-II. The family's financial situation is linked to the presence

Correspondencia:

Juan A. Cruzado
Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid
Campus Somosaguas, 28223-Madrid
E-mail: jacruzad@ucom.es

del IDC y del BDI-II. La situación económica familiar se asocia a la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y duelo complicado, siendo la variable más determinante del riesgo de duelo. Por último, una mayor edad del fallecido y más tiempo de asistencia en la UCP se asocian a menores síntomas de duelo. Por otro lado se muestran relaciones significativas, entre los dolientes que han vivido acontecimientos vitales estresantes previos a la pérdida de su ser querido, con los síntomas de depresión, ansiedad y duelo complicado.

Conclusiones: La presencia elevada de casos con síntomas de duelo complicado y puntuaciones de ansiedad y depresión clínica, a los dos meses de un fallecimiento aconseja llevar a cabo intervenciones tempranas en las personas con mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: Duelo complicado, variables de riesgo, ansiedad, depresión y duelo.

of symptoms of anxiety and depression and complicated grief, with the most determining variable being the risk of grief. Finally, the greater the age of the deceased and the longer the time spent in the PCU is linked to fewer symptoms of grief. However, important links have been found between the sufferers who have experienced stressful critical events prior to losing their loved one, with symptoms of depression, anxiety and complicated grief.

Conclusions: The high numbers of cases of symptoms of complicated grief and levels of anxiety and clinical depression two months after a death suggests that early interventions should be carried out in those individuals with greater vulnerability.

Keywords: Complicated grief, risk variables, anxiety, depression and grief.

INTRODUCCIÓN

El proceso de duelo que se desencadena tras la pérdida de un ser querido, es un fenómeno complejo además de multidimensional⁽¹⁾. En estos últimos años se han realizado numerosos estudios que exploran cuáles son sus manifestaciones más frecuentes, se han descrito y diferenciado las reacciones que se presentan cuando hay más dificultades de elaboración, y se están estudiando los factores de riesgo que mejor pueden predecir la complicación del proceso⁽²⁻⁴⁾.

Los trabajos de Prigerson y colaboradores han sido referentes en la evaluación y descripción del duelo complicado⁽⁵⁾. Han propuesto el "duelo prolongado" como una entidad independiente que encuadra una multitud de síntomas y lo diferencian de los presentes en otros trastornos⁽⁶⁾.

La complicación del duelo suele aparecer en torno a los seis meses de la pérdida y puede generar interferencias en áreas significativas de la persona como son el funcionamiento personal, social y laboral^(7, 8).

En lo referente al duelo no complicado, el DSM5⁽⁹⁾, lo enmarca dentro del código V62.82, como aquellos problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no atribuible a trastorno mental, que a su vez podría ocasionar síntomas similares a la depresión mayor, insomnio, anorexia y pérdida de peso. La expresión y duración del duelo variaría considerablemente según los diferentes grupos culturales. El trastorno por duelo complejo persistente, figura en el DSM5 en la sección III, dentro del capítulo de "otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

Muchos son los síntomas que se describen y que a su vez presentan mucha similitud a los presentes en otros diagnósticos⁽¹⁰⁾. El período de duelo temprano se ha asociado con un mayor riesgo de salud, problemas tales como infarto de miocardio y cardiomiopatías⁽¹¹⁾. La muerte de un ser querido también se asocia con un mayor riesgo de desarrollar cáncer⁽¹²⁾, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio. Asimismo, estudios neuropsicológicos muestran que

las personas con duelo complicado, presentan alteraciones en el funcionamiento de los sistemas de recompensa y en la memoria autobiográfica y en los sistemas neuronales que están envueltos en regulación emocional y el funcionamiento neurocognitivo⁽¹³⁾. Se sabe que las personas que han perdido seres queridos presentan más probabilidad de suicidarse en transcurso del primer año de producirse la muerte de su ser querido⁽¹⁴⁾.

Los autores coinciden que el proceso de duelo es una respuesta natural y necesaria para adaptarse a la pérdida del ser querido e incluso puede favorecer la aparición de resiliencia⁽¹⁵⁾. Por lo que según los estudios realizados solo en pocos casos se considera necesario realizar seguimientos e intervenciones especializadas, para facilitar el procesamiento del duelo⁽¹⁶⁾. Asimismo, se requiere una supervisión de cómo se van adecuando las personas a la elaboración del proceso⁽¹⁷⁾. Por todo ello se están invirtiendo muchos esfuerzos para discriminar y describir los factores de riesgo y protección, como indicadores que nos pueden ayudar a prevenir la aparición y complicación de este proceso, para poder así, indicar los casos que requieren tratamiento especializado.

Barreto et al.⁽¹⁷⁾ han recopilado como factores de riesgo del duelo complicado, las características personales del doliente y del fallecido, características de la enfermedad o de la muerte y aspectos relacionales. Tomarken et al.⁽¹⁸⁾ examinaron si la edad del doliente, el apoyo social, el pesimismo, depresión, vivencia de acontecimientos estresantes y el acceso a Servicios de Salud Mental, se relacionaban con las medidas de duelo complicado antes del fallecimiento. Los resultados mostraron relaciones significativas en todas las variables estudiadas, menos en el acceso a los Servicios de Salud Mental.

Thomas et al.⁽¹⁹⁾, y Prigerson y Maciejewski⁽²⁰⁾, plantean que las evaluaciones

previas al fallecimiento de duelo prolongado, eran pródromos de los hallazgos encontrados en las evaluaciones a los seis meses después de la pérdida, y a su vez, éstas predecían dos tercios de los casos evaluados a los 13 meses del éxitus. Los síntomas que detectaron antes del fallecimiento como fuertes predictores después del fallecimiento fueron, dependencia emocional en el duelo, ser el cónyuge, mal funcionamiento de la familia, manejo de los cuidados y bajos niveles de optimismo. Asimismo, señalan que los síndromes leves de depresión y ansiedad y trastornos post-traumáticos en su muestra de cuidadores eran muy elevados⁽²⁰⁾.

Los estudios de Allen et al.⁽²¹⁾, muestran evidencias de que los diagnósticos de depresión en los cuidadores de pacientes de cuidados paliativos, pueden informar de la evolución y elaboración posterior del duelo. Los resultados encontrados fueron que más del 50% de los cuidadores presentaban puntuaciones estadísticamente significativas de depresión clínica al año de la pérdida. Las puntuaciones de depresión y la complicación del duelo se manifestaban de manera más significativa al año del fallecimiento, cuanto menos años habían estado escolarizados los dolientes. La edad y el deterioro de los pacientes, se convierten uno de los predictores de la complicación del duelo y de peores puntuaciones clínicas de depresión después de la muerte del paciente respectivamente. Los pacientes más jóvenes y con peor deterioro son los que favorecen peor ajuste de sus familiares cuidadores.

Lichtenthal et al.⁽²²⁾, señalan que en el 16% de total de la muestra analizada, se encontraba que los criterios de duelo prolongado estaban asociados con puntuaciones significativas en ideación suicida, percepción de baja calidad de vida y problemas de salud asociados, pero no asociados al uso de los Servicios de Salud Mental.

En estudios realizados en población de mayor edad⁽²³⁾, con cuidadores que atendían a sus parejas evaluados después de darse la pérdida. Las personas que manifestaban depresión al inicio del estudio se asociaron significativamente con duelo complicado.

La atención en duelo mejora el sufrimiento innecesario de los dolientes y facilita la adaptación a los cambios que están viviendo^(2,16,17). Cuando el proceso del duelo se complica, sería conveniente que se realizaran derivaciones a los profesionales especialistas en la materia y que se llevara una intervención adaptada según las necesidades idiosincráticas de cada paciente. Asimismo, sería mucho más necesario e interesante implantar programas de screening o detección temprana, de todas aquellas personas que pudieran presentar riesgo de duelo complicado, para poder prevenir las diversas reacciones que pueden surgir del curso y evolución del proceso.

En este estudio se pretende valorar la presencia de duelo y su sintomatología de modo temprano, en las medidas recogidas a los dos meses de perder a su ser querido. Para ello se va a explorar la prevalencia del diagnóstico de duelo prolongado y evaluar la gravedad de síntomas depresivos, ansiosos y la sintomatología de duelo complicado. Asimismo, se va a estudiar qué variables asociadas al riesgo de duelo, pudieran ser más determinante en el diagnóstico de duelo, sus síntomas y el malestar emocional.

METODOLOGÍA

Participantes

En este estudio se han evaluado un total de 66 familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (en adelante UCP), la mayoría con diag-

nóstico de enfermedad oncológica, a los dos meses después del fallecimiento. Los participantes eran mayores de edad y estuvieron implicados en la atención de sus familiares durante el proceso de enfermedad. Se han tenido en cuenta dos criterios de inclusión para participar en el estudio. El primer criterio es que el doliente tuviera un vínculo estrecho con la persona fallecida, ello se evaluaba mediante una pregunta directa, no siendo necesario que por ello participaran sólo los familiares directos del difunto. El segundo, que las causas de la muerte que rodeaban a la pérdida podían ir desde accidentes o muertes imprevistas, hasta aquellas que se habían dado en el curso y evolución de diversas patologías médicas. La presencia de trastornos mental grave en los familiares que quisieran participar a la investigación fue un criterio de exclusión.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética y de Investigación del Hospital San Cecilio de Granada. Asimismo, todos los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado, previo a su inclusión, dónde se les facilitaba información general de la investigación.

Las variables moduladoras del duelo, ansiedad y depresión se exponen en la tabla 1, así como los instrumentos utilizados para su evaluación.

Las variables dependientes de esta investigación son las siguientes:

- Síntomas de duelo complicado, evaluados por el Inventario de Duelo Complicado (IDC)
- El diagnóstico de duelo prolongado, evaluado por el Cuestionario de duelo Prolongado (PG-12)
- Síntomas de ansiedad evaluados, con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Síntomas de depresión evaluados, con el Inventario de Depresión de Beck (BAI)

El protocolo de entrevista semiestructurada, que se ha diseñado para este estudio, consta de un registro general de datos socio-demográficos como acogida inicial de los pacientes. Incluye además una evaluación de los diferentes factores de riesgo que se van a evaluar en este estudio.

Entre ellos se recoge información de datos referentes a la enfermedad que había tenido su familiar enfermo, tales como la fecha inicial del diagnóstico, si recibieron atención de la UCP y tiempo que estuvieron dentro de programa hasta que

fallecieron, el vínculo que mantenía con respecto a la pérdida y si anteriormente al fallecimiento habían recibido en algún momento asesoramiento psicológico. La entrevista se completaba posteriormente con un protocolo de evaluación psicológica más detallada, incluyendo un registro clínico de los antecedentes psicológicos previos, el tratamiento psicofarmacológico que estuvieran tomando, si hubiera más experiencias previas o vivencias relacionadas con la enfermedad o si habían tenido otras pérdidas anteriores.

Tabla 1. **Variables moduladoras del estudio e instrumentos de evaluación**

Variables presentes en el estudio		Instrumentos de medida/ Screening
Criterios objetivos de medida		
Sociodemográficas	Edad Nivel de estudio Estado civil Número de hijos Situación laboral	Entrevista semiestructurada
Parentesco	Padres Madres Hijos Hermano/a	Entrevista semiestructurada
Clínicas del fallecido	Edad Causa de la muerte Duración de la enfermedad Control sintomático y evolución de la enfermedad Atención en UCP	Entrevista semiestructurada
Vulnerabilidad psicológica del doliente	Antecedentes personales psicológicos Acontecimientos vitales estresantes Situación de la economía familiar Tratamiento psicológico antes y después del fallecimiento Tratamiento farmacológico Recursos personales Acontecimientos vitales estresantes (AVI) experimentados en los últimos cinco años	Entrevista semiestructurada Historia clínica
Apoyo social percibido	Valora las personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos Valora personas que expresan sentimientos positivos de empatía.	Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC 11 (DUKE) ⁽²⁴⁾ .

En este caso, se detalla la vivencia de la misma, explorando si estaban resueltas o tenían asuntos pendientes que realizar. Se incluye también un indicador de la fase de duelo en la que se encontraban en el momento de la evaluación y los acontecimientos vitales estresantes (AVI), que los dolientes hubieran experimentado en los últimos cinco años. Para finalizar se com-

pleta el protocolo, con el registro de recursos que tenían los pacientes, estrategias de afrontamiento y recursos sociales-familiares que pudieran facilitar la elaboración y tránsito del duelo.

Todas las evaluaciones del estudio se han realizado en el domicilio de los familiares.

Las variables e instrumentos de evaluación restantes se exponen en la tabla 2.

Tabla 2. **Descripción de los diferentes cuestionarios del estudio**

Escalas: Descripción	Evaluación	Puntuación	Garantías psicométricas
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) ⁽²⁵⁾ . Consta de 21 ítems, 4 opciones de respuesta.	-Identifica y mide la gravedad de síntomas y síndromes depresivos -Ayuda a la valoración del potencial suicida	0 -13 Mínima 14-19 Leve 20-28 Moderada 29-63 Grave Punto de corte usado este estudio ⁽²⁶⁾ :21	Coefficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0,87 para adultos de población general.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ⁽²⁷⁾ . 21 ítems, 4 opciones de respuesta tipo Likert	Valorar la sintomatología somática de la ansiedad presentes también en los cuadros depresivos	Los autores consideran tres niveles de ansiedad ⁽⁴⁾ : Baja ansiedad 0-21 (punto de corte usado en este estudio) Ansiedad moderada 22-35 Ansiedad aguda: ≥ 36	Elevada consistencia interna, con un alfa de Conbrach de 0,90-0,94
Inventario de Duelo Complicado (IDC) ⁽²⁸⁾ . Consta de 19 ítems, 5 opciones de respuesta tipo Likert.	Valora la distinción de las reacciones normales de duelo de las complicadas	Puntuación mayor de 25 indicativo de la presencia de duelo complicado.	Elevada consistencia interna alfa de Conbrach de 0,94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0,80.
Cuestionario de Duelo Prolongado (PG – 12) ^(6,29) . 12 ítems. Tres partes diferentes del cuestionario	Describen sentimientos, pensamientos, acciones del doliente y a su vez permite obtener un resultado en términos de diagnóstico cuando hay casos de duelo complicado.	Tercera parte del cuestionario, pregunta discriminatorio del diagnóstico de duelo complicado.	Consistencia interna con un alfa de Conbrach de 0,90 y una fiabilidad test retest de 0,80.

Procedimiento

La organización del trabajo se llevó a cabo en coordinación con la UCP, desde donde se programaron reuniones semanales para revisar las historias clínicas de los participantes del estudio. Posteriormente, se convocaron a los diferentes familiares para presentarles la investigación y una vez firmado el consentimiento informado de participación del mismo, se procedió a la administración del protocolo de evaluación. El protocolo de evaluación completa ha sido aplicado por un psicólogo especialista y tiene un tiempo estimado de una hora de duración.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos que se han realizado en este estudio, han sido análisis descriptivos y correlaciones bivariadas para los datos sociodemográficos tanto de los familiares como de los pacientes fallecidos y los resultados en el BDI, BAI, DUKE, IDC y PG-12. Se ha calculado la prueba *U* de Mann-Whitney, χ^2 y la prueba *t*, para comprobar las diferencias en las puntuacio-

nes del PG-12 para cada una las variables asociadas al riesgo de duelo complicado: antecedentes de vulnerabilidad psicológica del doliente y de su familia, tipo de relación mantenida con el fallecido, duelos previos a la pérdida actual, percepción de obligaciones múltiples y cargas del familiar, situación de la economía familiar, manifestar falta de respuesta ante la pérdida del fallecido, tratamiento psicofarmacológico y acontecimientos vitales estresantes que haya experimentado el doliente en los últimos cinco años. Asimismo se han realizado estas pruebas, para comprobar las diferencias de medias en las variables descritas previamente y las puntuaciones en el BDI-II, BAI, IDC y DUKE. Se ha aplicado la corrección de Bonferroni, con un nivel de significación de 0,01. Todos los análisis estadísticos han sido realizados con el programa SPSS 19.0.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos del doliente se presentan en la tabla 3. Como se puede observar los participantes del estudio tienen una edad media de 51,8 (DT=14,52) y en su mayoría son mujeres.

Tabla 3. **Variables Sociodemográficas del doliente (n=66)**

Media =51,8 años		Edad DT=14,52	Rango= 17-78
		Frecuencia	%
Género	Mujeres	59	89,39
	Hombres	7	10,6
Estado civil	Casado	39	59,1
	Soltero	27	40,9
Situación laboral	Activos	21	31,8
	Desempleados	30	45,5
	Jubilados y excedencia	15	22,7
Situación económica	Mala	24	36,4
	Normal	42	63,6

En la muestra predominan cuidadores que no tienen estudios y se encuentran en situación de desempleo. Con respecto a la situación económica, se encuentra que más de un tercio de la muestra presenta una mala situación económica.

Los datos de las variables asociadas al riesgo del duelo complicado se presentan en la tabla 4. Como se puede ver en las variables clínicas del fallecido, la edad media del difunto era de 73,82 (DT=13,6) y en su mayoría recibieron atención do-

miciliaria por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos. La causa de la muerte fue predominantemente por enfermedad médica, en concreto por diagnósticos oncológicos. La duración media de la patología médica que padecían, era entorno a unos dos años, siendo una media de tres meses el tiempo de asistencia recibida por el programa de la UCP. Con respecto al vínculo que mantenían con el fallecido, los dolientes eran principalmente hijos que han perdido a sus padres y parejas que

Tabla 4. **Datos descriptivos de las variables asociadas al riesgo del duelo complicado evaluado a través de entrevista semiestructurada**

		Media (años)	DT	
Clínicas del fallecido	Edad del fallecido		73,82	13,6
	Duración de la enfermedad		27,22	55,22
	Tiempo en la UCP		2,06	2,99
		Frecuencia	%	
Vínculo	Cónyuges/ parejas de hecho		15	23,7
	Padres		37	56
	Hijos		4	6,1
	Hermanos		6	9,1
	Abuelos		2	3
	Otros vínculos		2	3
Vulnerabilidad psicológica del doliente	Antecedentes personales psicológicos	SI	27	40,9
		No	39	59,1
	Antecedentes familiares psicológicos	Si	26	39,4
		No	40	60,6
	Tratamiento psicofarmacológico	SI	22	33,3
		No	44	66,7
	Tipo de relación con el fallecido	Apego normal	62	93,9
Relación conflictiva		4	6,1	
Duelos previos	Si	62	93,9	
	No	4	6,1	
Percepción de carga/ obligaciones múltiples	No	37	56,1	
	SI	29	43,9	

habían perdido a sus cónyuges. La mayoría de los participantes de este estudio, no habían recibido atención psicológica durante el periodo de enfermedad, pero el 40,9% si habían presentado antecedentes personales psicológicos. Concretamente trastornos relacionados con el estado de ánimo. El 66,7% de la muestra, no tomaba tratamiento psicofarmacológico en el momento en el que se le realizaba la evaluación. La mayoría de los dolientes mantenían una buena relación con el familiar que habían perdido y habían vivido duelos previos a la pérdida actual, que describían como resueltos y bien elaborados. En relación a la percepción de cargas, predominaban los casos con obligaciones múltiples en el momento en el que se le realiza la evaluación.

La mayor parte de los participantes mostraban buen apoyo social percibido y se consideraban con recursos personales propios ante las dificultades experimentadas. Todos los participantes han padecido acontecimientos vitales estresantes, principalmente muertes de otros familiares en los últimos cinco años. La fase del duelo en la que se encontraban a los dos me-

ses de la evaluación, según la propuesta de Worden⁽³⁾ era en la tarea 1: falta de realidad de la pérdida y en la tarea 2 de expresión de emociones.

En la tabla 5 se presentan las frecuencias y porcentajes del PG-12, los casos clínicos probables, para los puntos de corte del IDC: 25, BDI-II: 21 y BAI: 21, y las medias y DT de cada uno de estos cuestionarios. Tal como se puede observar, el porcentaje de familiares con diagnóstico de duelo prolongado es del 10,6%, y el 89,39% no lo presenta. Sin embargo según los resultados en el IDC, el 53,03% de los participantes, manifestarían sintomatología de duelo complicado. Los resultados en el BDI-II y en el BAI, muestran que el 30,30% y 21,21% de los participantes presentan síntomas depresivos y de ansiedad clínica. Por último las puntuaciones del DUKE, indicarían que el total de la muestra manifiesta buen apoyo social y familiar percibido.

Las diferencias de medias entre los dolientes con y sin diagnóstico de duelo prolongado, y las puntuaciones de sintomatología de duelo complicado, gravedad de los síndromes depresivos, la presencia de

Tabla 5. Datos descriptivos del PG-12, IDC, BDI-II, BAI y DUKE

		FRECUENCIA	%	MEDIA	DT
PG-12	0	59	89,39		
	1	7	10,60		
IDC	0	31	46,96	25,65	12,47
	1	35	53,03		
BDI-II	0	46	69,69	16,84	10,65
	1	20	30,30		
BAI	0	52	78,78	13,07	8,85
	1	14	21,21		
DUKE				50,66	6,45

PG-12: Prolonged grief disorder; IDC: Inventario de duelo complicado; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; DUKE: Escala de apoyo social funcional. Se presentan las frecuencias y porcentajes de casos clínicos probables, para los puntos de corte del IDC: 25, BDI-II: 21 y BAI: 21

síntomas de ansiedad clínica, apoyo socio-familiar percibido y la edad del fallecido y el doliente, se presentan en la tabla 6. Tal como se puede observar en los resultados, se muestran diferencias estadísticamente significativas en los dolientes con y sin diagnóstico de duelo complicado y las puntuaciones del IDC y del BDI-II. Habría que señalar que la muestra de personas con diagnóstico de duelo complicado según el PG-12 es mucho menor que las personas que no presentan el diagnóstico.

Las diferencias de medias de las variables asociadas al riesgo de duelo complicado y los resultados en los cuestionarios BDI-II, BAI e IDC, se presentan en la tabla 7.

Los resultados mostraron que la variable situación económica familiar se asociaba a la gravedad en la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y duelo complicado. Asimismo, las variables falta de respuesta ante la muerte, tratamiento farmacológico y haber tenido duelos previos a la pérdida actual, estaban implicadas en la presencia de ansiedad clínica, en la gravedad de síntomas y síndromes

depresivos y en el apoyo social y familiar percibido, respectivamente. Conviene señalar que en la falta de respuesta ante la muerte, no hay una diferencia representativa en la muestra entre los participantes que la presentan y los que no.

Se realizaron pruebas de χ^2 para analizar la asociación entre los participantes con y sin diagnóstico de duelo prolongado, con las variables categoriales asociadas al riesgo del duelo: antecedentes de vulnerabilidad psicológica del doliente y de su familia, tipo de relación mantenida con el fallecido, duelos previos a la pérdida actual, percepción de obligaciones múltiples y cargas del familiar, situación de la economía familiar, manifestar falta de respuesta ante la pérdida del fallecido, tratamiento psicofarmacológico y los AVI. Los resultados muestran que no existían diferencias significativas.

Las correlaciones entre las variables asociadas al riesgo de duelo complicado y las puntuaciones en los resultados en el BDI-II, BAI, IDC, y DUKE, se presentan en la tabla 8.

Tabla 6. **Diferencias de Medias entre los dolientes con/sin diagnóstico de duelo complicado y los cuestionarios IDC, BDI-II, BAI, DUKE**

Escalas	ProlongedGriefDisorder				U	SIG
	Presencia (n=7)		Ausencia (n=59)			
	MEDIA	DT	MEDIA	DT		
IDC	38	9,30	24,18	12,04	71	,002
BDI-II	28	9,30	15,52	10,07	65	,001
BAI	15,71	6,18	12,76	9,11	150,5	,126
DUKE	45	9,60	51,33	5,71	115	,028
Edad del fallecido (Media=73,82 años)	71,02	17,30	74,15	13,24	192,5	,389
Edad del doliente (Media=51,8 años)	57,14	11,08	51,17	14,82	160	,171

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; **BAI:** Inventario de Ansiedad de Beck; **IDC:** Inventario de duelo complicado; **DUKE:** Inventario de apoyo socio-familiar.

Tabla 7. Diferencias de Medias entre las Variables de riesgo de duelo complicado y los cuestionarios IDC, BDI-II, BAI, DUKE

Variables	(N)	BDI-II Media (DT)	p	BAI Media (DT)	p	IDC Media (DT)	p	DUKE Media (DT)	p
Duelos previos	(9) (57)	18,55 (12,1) 16,57 (10,4)	,258	13,11 (9,8) 13,07 (8,7)	,425	23,88 (8,6) 25,92 (13)	,443	46,11 (7,2) 51,38 (6)	,006
Obligaciones y cargas	(29) (37)	18,31 (11,1) 15,7 (10,2)	,210	14,13 (8,9) 12,24 (8,7)	,165	25,96 (12,6) 25,40 (12,4)	,496	49,62 (6,1) 51,48 (6,6)	,060
Antecedentes personales psicológicos	(27) (39)	18,77 (13) 15,51 (8,6)	,215	14,94 (9,6) 11,76 (8,1)	,134	25,77 (13,8) 25,56 (11,6)	,455	49,88 (6,29) 51,20 (6,58)	,139
Antecedentes familiares psicológicos	(26) (40)	19,65 (12,8) 15,02 (8,6)	,102	12,61 (8,8) 13,37 (8,8)	,337	25,88 (14,9) 25,5 (10,7)	,411	50,92 (7,1) 50,5 (6)	,233
Tipo de relación mantenida con el fallecido	(62) (4)	16,51 (10,5) 22 (12,4)	,182	13,04 (9) 13,5 (5,8)	,313	25,38 (12,8) 29,75 (4)	,175	51,04 (6) 44,75 (6)	,012
Situación económica	(42) (24)	13,23 (7,8) 23,26 (12)	,000	10,33 (7,8) 17,87 (8,5)	,000	22,40 (11,7) 31,33 (11,8)	,002	51,54 (5,4) 49,12 (7,8)	,141
Falta de respuesta ante la muerte	(2) (64)	28,5 (10,6) 16,48 (10,5)	,065	29 (2,8) 12,57 (8,5)	,010	36,5 (3,5) 25,31 (12,5)	,084	52,5 (9,1) 50,6 (6,4)	,398
Tratamiento farmacológico	(22) (44)	22 (12,4) 14,27 (9,16)	,004	14,4 (8,2) 12,4 (9,1)	,145	30,72 (13,7) 23,11 (11)	,016	48,22 (7,5) 51,88 (5,4)	,015

BDI-II: Inventario de depresión de BECK; BAI: Inventario de ansiedad de BECK;
IDC: Inventario de duelo complicado; DUKE: Inventario de apoyo socio-familiar.

Los resultados muestran que la edad del fallecido se relaciona, en sentido inverso, con los niveles de depresión clínica y la sintomatología de duelo complicado. Por lo que a mayor edad del fallecido, mejor pronóstico en duelo.

El tiempo en el que estuvo el enfermo en la UCP, se relaciona (en sentido inverso en ambos casos) con los niveles de depresión y con la presencia de sintomatología de duelo complicado.

La edad del doliente no se relaciona con ninguna de los cuestionarios analizados.

Los acontecimientos vitales estresantes (AVI) que ha experimentado el doliente se relacionan con los niveles de depresión y ansiedad clínica y la sintomatología de duelo complicado.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran hallazgos similares en la prevalencia de duelo prolongado encontrado en otras investigaciones. En la investigación realizada por Barreto, et al.⁽²⁾, el 16,5% de la muestra cumplía criterios de duelo a los dos meses de darse la pérdida. Bonano y Kaltman⁽³⁰⁾, encontraron que entorno al 10-15% de la muestra de su estudio mostraban las complicaciones del proceso de

duelo a partir del año. Meert y Shear⁽³¹⁾, muestran que las pérdidas de las parejas y de los hijos presentan mayor prevalencia de manifestar duelo complicado (10-20%). Y en la relación a las causas del fallecimiento, son las muertes violentas las que pueden causar más dificultades de elaboración⁽³²⁻³⁴⁾.

En nuestra investigación, se detecta que el 42,43% de los dolientes muestran sintomatología propia de las complicaciones del duelo, según los resultados obtenidos en el IDC, a pesar de que no se alcance el criterio diagnóstico de duelo prolongado. Asimismo, se ha detectado la presencia de depresión y ansiedad en niveles clínicos del 30,30% y 21,21% respectivamente en el total de los participantes evaluados. Las medias en las variables de síntomas de duelo, ansiedad y depresión son elevadas. Como era de suponer la gravedad de los síndromes depresivos y síntomas de duelo complicado es significativamente mayor en aquellos familiares con diagnósticos de duelo complicado.

El apoyo social y familiar percibido, fue satisfactorio o muy alto, ya que el total de la muestra presenta puntuaciones muy elevadas, según los resultados en el DUKE, por lo que explicamos la falta de variabilidad de los resultados en este ámbito.

Tabla 8. **Correlaciones entre las variables del estudio y BDI-II, BAI, IDC**

VARIABLES	BDI-II	BAI	IDC
Edad del fallecido	-,260* p=,035	-,013 p=,918	-,376** p=,002
Tiempo de tratamiento en UCP	-,246* p=,047	-,085 p=,496	-,292* p=,017
Edad del doliente	-,145 p=,245	-,008 p=,951	,017 p=,895
AVI	,384** p=,001	,369** p=,002	,300* p=,014

BDI-II: Inventario de depresión de BECK; **BAI:** Inventario de ansiedad de BECK; **IDC:** Inventario de duelo complicado. **AVI:** Acontecimientos vitales estresantes. *p< 0.05; **p<0.01

La variable que predice peores pronóstico de duelo y más malestar emocional (gravedad asociada a la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y duelo complicado), es la presencia de una mala situación económica familiar, tal como se observa en los resultados en el BDI-II, BAI e IDC. En el estudio de Barreto, Yi y Soler⁽²⁾, encontraron datos similares, siendo los problemas económicos uno de los factores de riesgo de duelo complicado, a los dos meses de darse la pérdida.

La edad del fallecido y el tiempo en asistencia médica del programa de UCP, son las variables que más se relacionan con mejores pronósticos de duelo. Estas variables muestran que cuanto mayor es el familiar fallecido y más tiempo ha estado en la UCP, el doliente presenta mejor ajuste y encauzamiento del duelo, manifestando mejores resultados en el BDI-II e IDC. Estos hallazgos se han encontrado también en el estudio de Allen et al.⁽²¹⁾, en el que la edad del fallecido se convertía en un criterio de riesgo para los dolientes, siendo los de edad más joven quien proporcionaban peores afrontamientos para sus familiares. Los acontecimientos estresantes vividos por los participantes, previos a la pérdida de su ser querido, se relacionan con los niveles de depresión y ansiedad clínica y sintomatología de duelo complicado.

En esta investigación, la mayoría de los dolientes, habían perdido familiares de edad avanzada y predominan hijos de mediana edad que han perdido a sus padres. Asimismo, estas características pueden mediar en los resultados obtenidos, puesto que no son las circunstancias que correspondan a mayor riesgo y vulnerabilidad en la elaboración del proceso⁽²⁾.

Habría que tener en cuenta en los resultados, que todos los participantes han recibido una atención médica desde la UCP, personalizada y programada hacia la atención y anticipación de las complicaciones clínicas que pudieran presentarse.

En el caso de la atención emocional, habría que señalar que la mayoría de los dolientes no estaban recibiendo atención psicológica en el momento en el que se realiza la evaluación, a pesar de ser constatable la presencia de malestar emocional en las evaluaciones realizadas.

Una de las limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra evaluada. Consideramos importante aumentar el número de participantes del mismo y un estudio longitudinal de los datos, para valorar las posibles relaciones de los resultados en medidas posteriores.

CONCLUSIÓN

En este estudio se ha comprobado que la presencia de malestar emocional en las personas que han perdido seres queridos, es un problema clínico que se tiene que tener en cuenta, desde los meses recientes de darse el fallecimiento. Por lo tanto es conveniente que desde las unidades asistenciales de tratamiento, se tenga en cuenta la supervisión y seguimiento de los dolientes, para poder prevenir los consecuentes problemas de salud asociados, que se manifiestan cuando se presenta la complicación del duelo.

Muchos de los pacientes van a acudir a diferentes servicios asistenciales para tratar los diversos problemas de salud que pueden darse por la evolución y curso del proceso. Puede ser de utilidad que en los centros sanitarios se valorara la implantación de protocolos de actuación, para poder anticipar y prevenir el tratamiento a las necesidades que se puedan presentar en estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección del duelo complicado. *Psicooncología* 2012; 9:355-68. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902

2. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* 2008; 5:383-400.
3. Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 2004.
4. Barreto P, Soler MC. *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis, 2007.
5. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynold CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79. Doi: 10.1016/0165-1781(95)02757-2.
6. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobos SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder proposed for DSM V and ICD-11. *PLoS Med* 2009;6. Doi: 0.1371/journal.pmed.1000121.
7. Prigerson H, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for inclusion for Grief Prolonged in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson R, Schut H, Wolfgang H, editors. *Handbook of bereavement research and practice: 21st Century Perspectives*, Washington DC: American Psychological Association, 2008; p. 165-186.
8. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 237-62. Doi:10.1016/j.cpr.2004.07.002.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
10. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA* 2007;297:716-23. Doi:10.1001/jama.297.7.716.
11. AlberolaCandel V, AdsuaraVicent L, Reina López N. Intervención individual en el duelo. En: Camps Herrero C, Sánchez Hernández PT, editores. *Duelo en oncología*. Madrid, Dispublic, 2007.p.137-54.
12. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, Tofler G. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14:129-39.
13. Shear MK. Complicated Grief. *N Engl J Med* 2015; 372:153-60.
14. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:350-62.
15. Bonanno GA, Wortman CB, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, Carr D, Nesse RM. I. Resilience from pre-loss to 18 months post-loss to loss and chronic grief: A prospective study. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83:1150-64.
16. Sealey M, Breen LJ, O'Connor M, Aoun SM. A scoping review of bereavement risk assessment measures: Implications for palliative care. *PalliatMed* 2015; 29:577-89. Doi: 10.1177/0269216315576262.
17. Barreto P, Pérez-Marín M. Tratamiento del duelo. En: Cruzado JA, coordinador. *Manual de Psicooncología Tratamientos Psicológicos en Pacientes de Cáncer*.1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013.p.341-58.
18. Tomarken A, Holland J, Schachter S, Vanderwerkwe L, Zuckerman E, Nelson C, et al. Factors of complicated grief predeath in caregivers of cancer patients. *Psychooncology* 2008;17:105-11. Doi:10.1002/pon.1188.
19. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2013;47:531-41. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022.
20. Prigerson HG1, Maciejewski PK. Predicting prolonged grief disorder: Caregiver prodrome turns bereaved survivor syndrome. Commentary on Thomas et al. 2014. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47: 516-7. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.002.

21. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief complicated grief, and symptoms of depression. *J Palliat Med* 2013;16:745-51. Doi: 10.1089/jpm.2012.0450.
22. Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW, Breitbart W, Kacel E, Jones EC, Prigerson HG. Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 1225-9. Doi: 10.1176/appi.ps.62.10.1225.
23. Bruinsma SM, Tiemeier HW, Verkroost-van Heemst J, van der Heide A, RietjensJA. Risk factors for complicated grief in older adults. *J Palliat Med* 2015;18:438-46. Doi: 10.1089/jpm.2014.0366.
24. De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991;8:688-92.
25. Beck AT. *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*. Madrid: Pearson; 2011.
26. Kumar G, Steer RA, Teitelman KB, Villacis L. Effectiveness of Beck Depression Inventory-II subscales in screening for major depressive disorders in adolescent psychiatric inpatients. *Assessment* 2002;9:164-70. Doi: 10.1177/10791102009002007.
27. Beck AT. *Inventario de ansiedad de Beck (BAI)*. Madrid: Pearson;2011.
28. Limonero J, Lacasta M, García J, Maté J, PrigersonH. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *MedPaliativ* 2009; 16: 291-7.
29. Elvira de la Morena MJ. Estado emocional de familiares de pacientes hospitalizados con alteraciones severas de la conciencia. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 2015.Tesis doctoral no publicada.
30. Bonano G, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 701-34. Doi:10.1016/S0272-7358(00)00062-3.
31. Meert KL, Shear K, Newth CJ, Harrison R, Berger J, Zimmerman J, et al. Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensivecare unit. *J Palliat Med* 2011;14:207-14. Doi: 10.1089/jpm.2010.0291.
32. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, Tofler G. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:129-39.
33. O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL, Olmstead R, Irwin MR. Diurnal cortisol in complicated and non-complicated grief: Slope differences across the day. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37:725-8. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.009.
34. Boelen PA, Lancee J. Sleep difficulties are correlated with emotional problems following loss and residual symptoms of effective prolonged grief disorder treatment. *Depress Res Treat* 2013;2013:739-804. Doi: 10.1155/2013/739804.

