

Trabajo Fin de Grado

Protocolo para la detección y actuación precoz del duelo
patológico en el paciente geriátrico

Protocol for the early detection and action of complicated
grief in the geriatric patient

Autor/es

Julia María Melero Valero

Director/es

Pilar Marzo Moles

Facultad Ciencias de la Salud

2019

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| OBJETIVOS | 16 |
| METODOLOGÍA..... | 16 |
| DESARROLLO | 17 |
| Autora:..... | 17 |
| Revisores externos: | 17 |
| Declaración de conflicto de intereses: | 17 |
| Metodología: | 17 |
| Objetivos: | 18 |
| Profesionales a los que va dirigido: | 18 |
| Población diana: | 18 |
| Actividades o procedimientos: | 19 |
| Algoritmo de actuación: | 23 |
| Indicadores de evaluación:..... | 24 |
| CONCLUSIONES | 30 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 31 |
| ANEXOS | 39 |

RESUMEN

La vejez se asocia a la pérdida, dado que se ven mermadas las capacidades y se da el fallecimiento de personas queridas. Esta etapa estará unida al duelo, el cual, si se elabora de forma adaptativa, será normal. Pero si se ve truncado puede desencadenar en un duelo complicado. Actualmente se conocen una serie de factores de riesgo y predictores que pueden alertar precozmente. La detección es crucial porque genera múltiples repercusiones e incrementa el coste sanitario. Los objetivos de este trabajo han sido el protocolizar las pautas de actuación para la detección precoz del duelo complicado en el paciente geriátrico; y establecer un referente para orientar la toma de decisiones clínicas respecto del duelo complicado, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Se realizó un protocolo de detección y actuación para personas mayores a 65 años con pérdida reciente menor a 2 años, de familiares directos; y en personas mayores a 65 años con sintomatología de duelo sin pérdida reciente de familiares directos. La herramienta de detección del duelo complicado será el cuestionario Prolonged Grief 13 (PG-13). Se ha establecido una selección de intervenciones para el riesgo de duelo complicado o instaurado. Como conclusión podemos decir, que se ha conseguido protocolizar la detección y actuación en caso de duelo complicado en el paciente geriátrico; y se ha conseguido dar visibilidad al problema de salud.

Palabras clave: Duelo, duelo complicado, geriatría, enfermería, detección precoz, depresión, trastornos mentales, demencia.

ABSTRACT

Old age is associated to loss because of the depletion of abilities and the decease of the loved ones. This phase would be straightly united to grief. If it is developed in an adaptive way, will be normal. However, if this get frustrated it would produce complicated grief. Nowadays, some known risk factors and predictors can alert early about this disease. The detection is crucial because it generates a lot of aftermath and increases the health cost. The objectives of this project have been: protocolize the acting roles for the early detection of complicated grief in the geriatric patient and stablish a referring to orientate the clinical decisions for the complicated grief, based on recommendations sustained in the best evidence available. It has been accomplished a detection and acting protocol for people older than 65 years with recent loss (less than 2 years ago) of close relatives, and for people older than 65 years with grief symptomatology. The grief's detection tool is the Prolonged-Grief 13 (PG-13). It has been stablished a selection of interventions when complicated grief or risk would be detected. To conclude, it can be said that it has been achieved the goal of protocolize the detection and action in case of complicated grief in the geriatric patient, and it has been achieved the goal of making visible this health problem.

Key words: Grief, complicated grief, bereavement, geriatric, nursing, early detection, depression, mental disorders, dementia.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la historia se ha asociado la pérdida a la vejez. En esta etapa, se verán mermadas las capacidades físicas, mentales, económicas, la autonomía, la vida activa, y la pérdida de personas queridas. De este modo, esta etapa estará unida al duelo y a la adaptación pertinente (1).

Para hablar de duelo complicado, se debe saber diferenciarlo del duelo normal. Varios autores han teorizado acerca de la definición del duelo. Erikson lo propone como una "crisis accidental en la que se produce una alteración psicológica aguda que se ha de entender como una lucha por lograr un ajuste y una adaptación a un problema insoluble" (2). El autor Worden lo plantea con una vertiente positiva, que es "un proceso activo para su superación, al cual hay que asignar unas tareas" (3). Bucay lo define como "el doloroso proceso normal de la elaboración de una pérdida significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado"; este autor destaca que no solo las grandes pérdidas generan duelos, si no todas lo implican (2).

Las etapas del duelo normal fueron teorizadas por diversos autores, se destaca Kübler-Ross, que las clasificó en negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Se podrá decir que se ha completado cuando se es capaz de recordar al fallecido sin sentir dolor, o se aprende a vivir sin él o ella. La duración del duelo puede ser entre 1 y 3 años (1) (4).

Existe una tendencia a expresar los conflictos emocionales somatizando alteraciones que pueden representar un autocastigo, un deseo de muerte o la identificación con la persona fallecida. El hecho de conocerlas es el primer paso para evitar que aparezcan complicaciones y ver que está teniendo una reacción poco adaptativa (4).

Dos autorías señalan las características del proceso de duelo, Lozano postula que las manifestaciones se pueden agrupar en cognitivas, físicas y motoras (Tabla 1); a diferencia de Soler y Jordá, que afirman que se podrían agrupar en psicológicas, físicas, sociales y espirituales (Tabla 2).

Sin embargo, ambos destacan el carácter individualizable de las mismas, además de la duración del proceso (3).

El duelo complicado se define como aquel duelo que se ve intensificado, con conductas desadaptativas o que permanece inacabable sin avanzar hacia la resolución. Este se puede presentar de diversas maneras, que van desde el retraso del duelo o la ausencia, hasta un duelo muy intenso y prolongado, asociado a conductas suicidas o síntomas psicóticos (5). Otro de los investigadores más relevantes es Prigerson, que diferencia la "pena traumática" (sintomatología de duelo clásica ([Tabla 1](#)) y ([Tabla 2](#))) del "malestar traumático" (sintomatología más incapacitante) (6).

La etiopatogenia consiste en la pérdida de un allegado importante para el paciente, sumada a una serie de factores de riesgo. Neimeyer señala que los más importantes entran en 5 categorías, que son: quién era la persona y la naturaleza del apego, tipo de muerte, antecedentes históricos, variables de personalidad y variables sociales (3). La Dra. A. Herrera P. postuló acerca de los factores siguientes: pérdida inesperada, presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida, aislamiento social, sentimientos de responsabilidad por la muerte, historia de muertes traumáticas, e intensa dependencia con la persona que falleció (4). Se elaboró una tabla para recoger todos los factores de riesgo para la elaboración de duelo complicado antes mencionados, más la información contenida en el DSM-V, el estudio realizado por la Dra. Esteban, y más bibliografía (7-15) ([Tabla 4](#)).

Al analizarlos se puede observar que existen diversas variables capaces de influir en la superación y entendimiento del duelo complicado. La tarea enfermera consiste en examinar cada una de estas áreas de manera que favorezca el afrontamiento y así evitar su cronificación.

El factor protector más importante es el que apoyo social. Sin embargo, según el artículo y el estudio, se considera o no, la creencia religiosa, ya que también recibirían apoyo social de la comunidad (9) (15). Además de factores de riesgo y protectores, existen predictores de duelo patológico ([Tabla 5](#)) que pueden indicar qué tipo de paciente tiene más probabilidad de generar dicha complicación (9).

Varios autores, entre otros Prigerson y Dávalos, postulan acerca de cuántos tipos de duelo hay según las características que presentan. A partir de todo ello se realizó una tabla resumen (Tabla 6). Dávalos señala dos más de categoría no necesariamente patológica, el anticipado y el pre-duelo. El primero no comienza en el momento de la muerte, sino antes. El segundo es un duelo completo que consiste en creer que el ser querido ha muerto. Esto sucede porque el cuidador percibe que su familiar ha sido transformado a tal punto, que no se le reconoce (3) (9) (6) (15).

La fisiopatología del duelo complicado fundamentalmente se basa en la pérdida de la calidad de vida, integridad mental y repercusiones como por ejemplo la disminución de la inmunogenicidad o promueve el sufrir accidentes cerebrovasculares (ACV) (Tabla 7) (6).

El diagnóstico es mediante la entrevista, considerada como "gold standart" con criterios del DSM-V (Tabla 3), sumada a cuestionarios como el IDC (Tabla 8) (6) (16) (17). Es importante realizar diagnóstico diferencial respecto de otras patologías y/o trastornos (6) (ANEXO I). Además, se deberá de prestar atención a los diagnosticados de depresión, porque puede enmascarar casos de duelo complicado (18) (ANEXO II).

El tratamiento exitoso de la aflicción complicada puede requerir la aplicación de un tipo específico de psicoterapia, es de elección la interpersonal (19-20). Un estudio realizado por el Dr. Díaz Curiel determinó que al finalizar el tratamiento grupal el 58,3% de los sujetos solicitan el alta y el 37,5% continuaron recibiendo asistencia. Aun así, precisan seguimiento y evaluación de 2 a 5 años (20). El tratamiento dependerá de si se posee comorbilidad al duelo o no. Consistirá en una combinación de psicoterapia con tratamiento farmacológico de antidepresivos y/o ansiolíticos y/o antimaníacos y/o antipsicóticos (21).

Hay terapias emergentes como la musicoterapia o la terapia centrada en soluciones, o la psicoterapia breve, que están teniendo resultados prometedores (15) (22-23). Además, hay actividades que disminuyen el tiempo de duelo como el habla activa (24).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2017 fallecieron en España 424523 personas. Estudios recientes revelan que cada fallecimiento afecta a 10 personas de media. El 10% experimentará un duelo con repercusiones en su salud física y mental. (Tabla 7) (25) Dadas estas cifras, en España existe un alto número de susceptibles. En torno a un 5-20% de los afectados no mejoran con el tiempo (6). E incluso a los 2 años, el 12% puede presentar síntomas depresivos (19).

La prevalencia de trastornos afectivos en la población anciana es de 5-20% (26-27). Se ha observado que, dependiendo del estudio, hay diferentes prevalencias de duelo complicado; se estima que oscila entre 2,4-7,04% en países occidentales (10). Este porcentaje varía según los países y la metodología empleada, desde el 2,7% en Japón (22,7% subclínico) a un 6,7% en Países Bajos y Alemania y un 9% en Estados Unidos (6). Conforme empeora el estado biopsicosocial del paciente, el deterioro cognitivo, y la institucionalización, mayor prevalencia hay (28-29). La prevalencia elevada se asocia a las pérdidas en circunstancias violentas, homicidios, suicidios, catástrofes naturales, accidentes y repentinas (30).

Otra cuestión importante es qué efectos puede provocar, ya que existe alta comorbilidad con diferentes síndromes, entre otros el depresivo. Ello puede desencadenar en que un alto porcentaje de pacientes depresivos, entre el 39 y 89%, acaben desarrollando un proceso demencial. Aun así, hay que discernir entre pródromos de demencia y episodios depresivos (26).

A pesar de los numerosos recursos que se destinan a la población geriátrica, estos son insuficientes para atender las necesidades. Por tanto, es necesario elaborar una herramienta práctica rápida que permita una detección precoz del duelo unida a una valoración integral y holística. La enfermería juega un papel fundamental en la detección, dado que es la que establece un contacto directo con los pacientes (27).

Tal como se ha mencionado, el duelo complicado cursa en muchos de los casos de forma silente y puede provocar entre otros, depresión, aislamiento, demencias y suicidios. En la población anciana se achaca la pérdida al transcurso de la vida y se pueden pasar por alto situaciones tanto de riesgo como instauradas.

Por último, es un tema de importancia económica, que se puede observar en un estudio de cohortes retrospectivas con la tasa promedio anual: de consultas fue un 80% mayor en los pacientes con duelo prolongado que en el grupo control, las derivaciones a especialistas un 53% mayor, las visitas a urgencias hospitalarias un 96% y los ingresos hospitalarios un 27% (6).

Tabla 1: Clasificación de manifestaciones clínicas del duelo de Lozano:

| Clasificación de las manifestaciones clínicas de Lozano | |
|--|---|
| <u>Cognitivas</u> | Reacciones hostiles, preocupación por la imagen del fallecido, culpa relacionada con el fallecido o con la muerte, parecen desarrollar rasgos del fallecido en su conducta. |
| <u>Físicas</u> | Malestar somático o corporal. |
| <u>Motoras</u> | Incapacidad funcional. |

Fuente: Realización propia

Tabla 2: Clasificación de las manifestaciones clínicas de Soler y Jordá

| Clasificación de las manifestaciones clínicas de Soler y Jordá | |
|---|---|
| <u>Físicas</u> | Sensación de estómago vacío, astenia, adinamia y debilidad o hiperactividad, anorexia, pérdida de peso, alteraciones del sueño, llanto, opresión en el pecho, pérdida de la lívido. |
| <u>Psicológicas</u> | Confusión, aprosexia, anhedonia, apatía, insensibilidad, rabia, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, tristeza, alivio, hipocondría ante síntomas del difunto, obsesión por recuperar la pérdida, aprensión por eventos negativos. Ellos agudizados en aniversarios y fiestas familiares. |
| <u>Sociales</u> | Usar vestimenta del fallecido, resentimiento social, elaboración de una nueva identidad y nuevos roles, sentido de no pertenencia grupal: aislamiento, nuevas relaciones. |
| <u>Espirituales</u> | Conciencia de propia limitación, búsqueda de Dios con resentimiento o confianza, búsqueda del sentido vital. |

Fuente: Realización propia

Tabla 3: Criterios DSM-V sobre el trastorno de duelo complejo persistente

| Criterios DSM-V sobre el trastorno de duelo complejo persistente | | |
|--|--|---|
| Muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana. | | |
| Uno o más de los síntomas siguientes a un nivel significativo, y durante mínimo 12 meses | Anhelo/añoranza persistente del fallecido. | |
| | Pena y malestar emocional intensos en respuesta. | |
| | Preocupación en relación con el fallecido. | |
| | Preocupación acerca de la muerte. | |
| Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo. | Malestar reactivo a la muerte. | Importante dificultad para aceptarla. |
| | | Incredulidad o anestesia emocional. |
| | | Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido. |
| | | Amargura o rabia en relación. |
| | | Valoraciones desadaptativas personales. |
| | | Evitación excesiva de los recuerdos. |
| | Alteración social o de la identidad | Deseos de morir para poder estar con el fallecido. |
| | | Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento. |
| | | Sentimientos de soledad o desapego. |
| | | Anhedonia o disfuncionalidad. |
| | | Confusión acerca del papel en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia. |
| | | Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro. |
| La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento. | | |
| La reacción de duelo es desproporcionada inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad. | | |

Fuente: Realización propia

Tabla 4: Clasificación de los factores de riesgo (FR) para elaborar un duelo patológico

| Clasificación de los FR para elaborar un duelo patológico | | |
|--|---|--|
| <u>Quién era la persona y la naturaleza del apego</u> | <p><i>La fuerza del apego:</i> más vulnerabilidad los que tienen una intensidad relacional porque pierden su seguridad y protección.</p> <p><i>La seguridad del apego:</i> más vulnerabilidad los que necesitan de la pareja para su sentido de autoestima.</p> <p><i>La ambivalencia en la relación:</i> los que tengan sentimientos negativos, dará una reacción más difícil por el aumento de la culpabilidad y rabia.</p> | |
| <u>Tipo de muerte</u> | Aumenta según categorización NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio. Afecta dónde se produjo la muerte, y aumenta si era inesperada. | |
| <u>Antecedentes Personales</u> | Elaborar mal duelos previos. Sufrir en la infancia o juventud un duelo complicado porque puede reincidir o mantenerse en la etapa adulta. | |
| <u>Variables de Personalidad</u> | Ancianidad, sexo femenino, inhibición de sentimientos, poco manejo de la ansiedad y del estrés, dependencia, relaciones complicadas, trastornos de personalidad... | |
| <u>Variables Sociales</u> | El grado de apoyo emocional y social percibido deficientemente o que el apoyo social sea conflictivo. Ser afroamericano y que el fallecido muera de forma inesperada, sin tiempo de "despedida". | |
| <u>Factores personales</u> | Calidad de relación marital. | |
| | Dependencia | El duelo y la depresión presentaron mayores niveles de dependencia. |
| | Afrontamiento | El patrón depresión fue el más vulnerable. |
| | Personalidad | Poseer rasgo neurótico e/o introspectivo. |
| | Visión del mundo | El grupo depresión resultó más incapaz para controlar los eventos negativos. |
| | Contexto | Poseer una pareja enferma, menor apoyo instrumental y percibido. |

Fuente: Realización propia

Tabla 5: Predictores de duelo patológico

| Predictores de duelo patológico | |
|--|--|
| <u>Personales</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Ancianidad del doliente. • Trastorno psiquiátrico previo: ansiedad, depresión, intentos de suicidio, trastornos de personalidad. • Abuso de sustancias psicotrópicas legales o ilegales. • Duelos anteriores no resueltos. • Escasez de aficiones o intereses. • Rabia, amargura y culpabilidad intensas. • Autoconcepto y papel familiar de "persona fuerte": actitud de negación de necesidades afectivas. • Valoración subjetiva de falta de recursos de afrontamiento. • Escasez de recursos para el manejo del estrés. • Baja autoestima y confianza en sí mismo. |
| <u>Relacionales</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia. • Relación dependiente del superviviente. • Adaptación complicada al cambio de rol. • Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados. |
| <u>Circunstanciales</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Juventud del fallecido. • Muerte súbita, accidente, homicidio, suicidio. • Muerte incierta: desapariciones. • Pérdida múltiple: varios miembros de la familia y/o varias pérdidas juntas, el trabajo, la casa, etc. • Acumulación de acontecimientos vitales estresantes. • Duración de la enfermedad y la agonía. • No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. • Imposibilidad de ver el cuerpo. • Recuerdo doloroso del proceso: dificultades diagnósticas, mal control de síntomas, relaciones inadecuadas con el personal sanitario. • Muerte estigmatizada: sida, pareja homosexual o no aceptada. |
| <u>Sociales</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Personas que viven solas. • Ausencia de red de apoyo social/familiar. • Disfunción familiar. • Recursos socioeconómicos escasos. • Responsabilidad de hijos pequeños. • No poder hablar socialmente de la pérdida. • Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido. |

Fuente: Realización propia.

Tabla 6: Comparativa de tipos de duelo según autores

| Comparativa de tipos de duelo complicado según autores | | |
|---|-------------------------------|---|
| <u>Dávalos</u> | Inhibido o Negado | Se niega a la expresión del dolor porque es incapaz de afrontar la realidad de la pérdida. Se relaciona con la aparición de reacciones físicas similares a las del fallecido. |
| | Crónico | Duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. |
| <u>Otros autores</u> | De falsa euforia | Rasgos "maníacos" y ausencia total de tristeza y otra sintomatología clásica. Hay que discernir entre este, el patrón resiliente y el de elaboración retardada; ni en el 2º caso ni en el 3º se da el componente maníaco. |
| | Normal distorsionado | Adquieren respuestas psicóticas. Cree que uno mismo es el muerto o que se está muriendo, o tener alucinaciones auditivas con la voz del difunto no espontáneas. |
| | De patrón resiliente | Por su personalidad no muestra signos. Hay que diferenciarlo del de elaboración retardada, el cual, al paso del tiempo, se elaborará. |
| | De elaboración retardada | Parecido al inhibido, pero podrían pasar años hasta su elaboración. Suele evolucionar hacia el intensificado y tiene peor pronóstico. |
| | Reincidente | Reelaboración de duelo ya vivido y superado. |
| | Enmascarado | Síntomas y conductas desadaptativas, que no relaciona con la pérdida. |
| | | |
| <u>Prigerson</u> | Congelado | Permanece en las primeras etapas durante tiempo excesivo o permanentemente. |
| | Paranoide | Presenta delirios y/o alucinaciones. |
| | Maníaco | Predominan episodios de manía no achacables al trastorno bipolar. |
| | Depresivo | Predominan muestra síntomas de síndrome depresivo, melancolía y/o tristeza excesiva. |
| | Ansioso | Predominan los síntomas de ansiedad |
| | Somatizador | Predominan los síntomas físicos a los mentales. |
| | Histeroide | Predominan síntomas del trastorno histriónico. |
| | Obsesivo | Presenta síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo con relación a la pérdida. |
| | Con abuso de drogas o alcohol | |
| | Otras formas psicopatológicas | |

Fuente: Realización propia

Tabla 7: Repercusiones del duelo normal y patológico en la salud

| Repercusiones del duelo normal y patológico en la salud | |
|---|---|
| <u>Duelo y mortalidad</u> | Hay controversia respecto a la vulnerabilidad de sexo. El hombre tenía una mortalidad mayor (18%) respecto a la de la mujer (16%). El riesgo de sufrir un ACV grave era de un 30% a un 50 % mayor en las mujeres. Hay exceso de mortalidad de hasta 12 años tras la pérdida. |
| <u>Duelo y suicidio</u> | El riesgo de suicidio aumenta conforme aumenta la edad y durante el primer año de viudedad. La diferencia por sexos más marcada fue en la franja de mayores de 80 años siendo los hombres en el primer año de viudedad. La relación entre duelo prolongado e ideación suicida es de 16,7%; unido a una depresión comórbida tenía una Odds Ratio (OR) de 9,68. El riesgo mayor es en parejas del fallecido con una tasa de riesgo ajustada (TRA) de 21,69. |
| <u>Duelo y enfermedad</u> | El riesgo de depresión en viudos de ambos sexos se multiplica por cuatro durante el primer año. Desde la pérdida: un 33% bebía alcohol habitualmente, un 10% lo había aumentado; un 20% admitía comer menos, un 15% tomar pastillas para dormir, y un 7% fumar más. Un 13,6% habían tenido un infarto en los 6 meses posteriores a la pérdida. La tasa de incidencia calculada fue de 21,1% y fue descendiendo progresivamente con el paso del tiempo. |
| <u>Duelo prolongado y salud</u> | Se presenta una disminución en la expresión de genes relacionados con la respuesta inmune y en la proliferación y activación de células B. Además de la disminución en la expresión de genes relacionados con la curación de heridas y el desarrollo y diferenciación de las células mieloides. Se comparó el grupo de duelo complicado y normal, y el complicado se asoció a las enfermedades cardíacas, un 19,2% frente a un 5,2% y de cáncer 15,4% frente a 0%. Se asoció probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psicoafectivos; un 55,3-60% presentaba un episodio depresivo mayor, un 48,5-68,6% cumplía criterios de trastorno por estrés postraumático, un 33,3-62,6% cumplía criterios de trastorno por ansiedad, trastorno de angustia en un 19.6%, fobia social en un 7,8% y agorafobia en el 6,0%. Se asocia con un 35% frente a 0% a la precipitación de episodios agudos en el trastorno bipolar. Los pacientes con duelo prolongado y otro trastorno estaban peor que aquellos que solo presentaban duelo prolongado. Las puntuaciones del IDC se correlacionaron con mayor deterioro laboral y social. |
| <u>Duelo prolongado y utilización de recursos sanitarios</u> | En atención primaria en España se realizó un estudio de cohortes retrospectivas con la tasa promedio anual de consultas, que resultó ser un 80% mayor que en el grupo control, las derivaciones a especialistas un 53% mayor, las visitas a urgencias hospitalarias un 96% y los ingresos hospitalarios un 27%. |

Fuente: Realización propia

Tabla 8: Herramientas para el diagnóstico de duelo prolongado

| Herramientas para el diagnóstico de duelo prolongado | |
|--|--|
| <u>Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (BRI)</u> | Al BRI se le asignó el corte en 18 puntos. Encontraron asociación estadísticamente significativa entre predicción y resultado en salud, pero en términos globales la sensibilidad fue del 57%, la especificidad del 47%, el valor predictivo positivo del 42% y el valor predictivo negativo del 25,4%. Por tanto, se tiene que complementar con otros tests. |
| <u>Inventario Texas Revisado de Duelo</u> | En esta versión, la primera parte explora las emociones en el momento del fallecimiento con 13 preguntas y la segunda los sentimientos actuales con 8. Las puntuaciones de cada parte se suman por separado y se calculan las medias de cada una. |
| <u>Inventario de Experiencias en Duelo</u> | Al ser largo por poseer 135 ítems, no se aplicaría, además presentó fiabilidad variable según el estudio. |
| <u>Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (ICG)</u> | Los 19 ítems propuestos para el ICG fueron el resultado del hallazgo de que ciertos síntomas de duelo eran diferentes de los síntomas de depresión y ansiedad y que en conjunto predecían un deterioro funcional duradero. La valoración se puede realizar a partir de los 6 meses del fallecimiento y se considera duelo complicado una puntuación superior a 25. Se pregunta acerca de los síntomas del duelo complicado. |
| <u>Criterios Diagnósticos propuestos por Horowitz</u> | Propuso ya un patrón diagnóstico de duelo prolongado siguiendo la estructura de criterios que se utiliza habitualmente en el DSM. Consiste en un criterio de evento, la pérdida de un ser querido hace al menos 14 meses y un criterio sintomático, teniendo que presentar tres de siete síntomas. Se seleccionaron 3 categorías agrupadoras: negación, intrusión e incapacidad para aceptar la pérdida. Se vio que entre los 6 y los 14 meses la sensibilidad disminuyó y la especificidad aumentó, indicando que cuanto más tiempo pasaba más se acercaba al diagnóstico de duelo complicado en vez de a episodio depresivo mayor. |
| <u>El Cuestionario de duelo complicado PG-13</u> | Lo destaca que diferencia el duelo complicado de episodio depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático. La sensibilidad y especificidad fueron ambas del 95%. La presencia del diagnóstico se correlacionó con la presencia de ideación suicida, peor calidad de vida y pérdida de capacidades funcionales. |
| <u>Escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (RPD-PS-38)</u> | La escala mide en qué fase del duelo está el paciente. Esta quedó reducida a 38 ítems con igual efectividad, según el estudio realizado por la Dra. Miaja Ávila y el Dr. Moral de la Rubia. Se destacó que las consistencias internas de los factores fueron altas sus distribuciones no se ajustaron a una curva normal. Llegando a la conclusión de que era una escala fiable y válida. |

Fuente: Realización propia

OBJETIVOS

Generales:

1. Protocolizar las pautas de actuación para la detección precoz del duelo complicado en el paciente geriátrico.
2. Establecer un referente para orientar la toma de decisiones clínicas del duelo complicado, basadas en la mejor evidencia disponible.

Específicos:

1. Actualizar el conocimiento mediante una revisión bibliográfica acerca del duelo complicado.
2. Discernir entre los diferentes tipos de duelo complicado existentes.

METODOLOGÍA

Se ha efectuado una revisión bibliográfica sobre el duelo complicado en el paciente geriátrico, para poder realizar un protocolo. La búsqueda tuvo lugar durante los meses de febrero a mayo del 2019. Primero se utilizó un lenguaje libre y posteriormente uno controlado para las diferentes bases de datos: ScienceDirect, Dialnet, BVS, Pubmed, y Scielo. Los buscadores empleados han sido Google Académico, Alcorze; y la página web ReseachGate. Se utilizaron descriptores de ciencias de la salud (DeCS), operadores booleanos ("AND", "OR" y "NOT") y las palabras clave. A partir de las búsquedas, se ha elaborado un cuadro resumen (Tabla 9) con la relación entre las bases de datos y los documentos:

Tabla 9: Búsqueda bibliográfica

| Búsqueda bibliográfica | Nº de documentos encontrados. | Nº de documentos utilizados |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ScienceDirect | 13 | 7 |
| PubMed | 53 | 18 |
| Alcorze | 32 | 2 |
| Dialnet | 58 | 8 |
| Scielo | 234 | 5 |
| Cuiden + | 1 | 1 |
| Google Académico | 1610 | 3 |
| BVS | 11 | 1 |
| ReseachGate | 16 | 4 |
| Total | 1996 | 49 |

Fuente: Realización propia.

Los criterios de exclusión fueron: los que en su título o resumen que no tratara la temática de “duelo”, “duelo patológico” o “depresión” en el “paciente geriátrico”; la relevancia ordenada por los buscadores, y el idioma que no fuera castellano o inglés.

Por tanto, los criterios de inclusión fueron todos los que no cumplían los criterios de exclusión. Hay que mencionar que, en distintas bases de datos, aparecían varios artículos comunes.

Se han elaborado fichas de lectura crítica para valorar la evidencia y conclusiones para su utilización en el trabajo (ANEXO III).

En la actualidad existen limitaciones de información o escasez de documentos relacionados, que ha dificultado la búsqueda. Existen datos y estimaciones altamente variables sobre la prevalencia del duelo complicado en el paciente geriátrico, y la mayoría de los artículos y estudios llegan a la conclusión de que este trastorno está infradiagnosticado.

DESARROLLO

Autora:

Julia María Melero Valero

Revisores externos:

Pilar Marzo Moles

Declaración de conflicto de intereses:

Ninguna.

Justificación:

El por qué se ha escogido un protocolo radica en la falta de ideas concluyentes y en su heterogeneidad, más presente en la población anciana. Además, de que la pérdida se banaliza en esta etapa de la vida. Existen recomendaciones, pero en Aragón no hay un protocolo vigente. En la aplicación OMI, herramienta de uso en atención primaria con algunos protocolos incorporados según los diferentes episodios diagnósticos. En este caso, existen los episodios, pero no hay protocolos (35) (ANEXO IV).

El protocolo en sí mismo responde a la pregunta de si existe duelo normal, duelo complicado o riesgo de duelo complicado, y qué intervenciones están indicadas en cada caso. Por tanto, se puede afirmar que se trata de un protocolo de detección y de actuación.

Objetivos:

General:

Desarrollar una herramienta clínica útil para la valoración del duelo normal y complicado basada en la evidencia.

Específicos:

1. Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
2. Describir las medidas oportunas para lograr apoyar a la familia y allegados del fallecido, confortándoles y dándoles el apoyo emocional necesario, durante el proceso de defunción, así como en las primeras fases del duelo.
3. Describir los componentes del duelo normal y complicado y los factores de riesgo que provoquen la aparición del duelo complicado.
4. Describir la actuación enfermera en la detección del duelo mediante un diagrama de flujo.
5. Dar visibilidad al problema de salud.

Profesionales a los que va dirigido:

Enfermeras/os de atención primaria.

Población diana:

Se abordará al paciente desde dos ramas principales determinadas por el tiempo pasado desde la pérdida. Por una parte, se encuentra un paciente geriátrico mayor de 65 años sin patología psicoafectiva ni demencia diagnosticadas, con pérdida reciente (menor a 2 años), de familiares directos (hijos, hermanos, nietos, pareja). Por otra parte, se encuentra un paciente geriátrico mayor de 65 años sin patología psicoafectiva ni demencia diagnosticadas, con sintomatología de duelo sin pérdida reciente de familiares directos.

Metodología:

El protocolo desarrollado en esta monografía está basado en la evidencia que se ha podido recabar. Se han revisado y comparado protocolos existentes. En ellos se observa una tendencia doble que agrupa los cuidados dados al paciente principal (el que sufre la pérdida), y los dados a los afectados por la muerte del paciente principal (el que fallece) (31-34). En este caso, el protocolo parte de que la pérdida ya ha sido detectada y el paciente principal es el que sufre la pérdida.

Actividades o Procedimientos:

La priorización de procedimientos será la siguiente: primero se deberá de detectar si el duelo complicado está instaurado o está en riesgo de ello. Para estar en riesgo de duelo complicado se deberán tener 2 o más factores de riesgo (Tabla 4), y/o 2 o más predictores de duelo complicado (Tabla 5) (36). Después, se planearon unas intervenciones y actividades en función de la situación detectada (Tabla 10) además de si precisa, una derivación al médico de atención primaria. Precisaré cuando el cuestionario "Prolonged Grief-13" (PG-13) sea considerado positivo (37).

Las personas de edad avanzada presentan dificultades para reconocer o expresar sus sentimientos, en un estudio de Forssell, todos los ancianos con síndrome depresivo que habían contactado con su médico lo habían hecho por síntomas somáticos, pero no por los depresivos (26). Por tanto, será algo que habrá de tenerse en cuenta para detectar el duelo complicado.

Aunque en el DSM-V define como criterio de duelo complicado, que hayan pasado más de 12 meses tras la pérdida con sintomatología persistente, no hay consenso entre bibliografías, dado que otros autores lo consideran a partir de los 6 meses. En este caso, como se trata de detectarlo de forma precoz, se considerará el valor clasificatorio de 6 meses (10) (15) (21).

Si la pérdida es reciente pero menor a 6 meses, no se podrá considerar duelo complicado, pero se puede detectar si existe riesgo a través de los factores de riesgo (Tabla 4) y los predictores (Tabla 5).

En el caso de que existan 2 o más de ambos, se realizaría un control a los 6 meses de la pérdida. Posteriormente estaría indicado efectuar el PG-13 (ANEXO V), para detectarlo rápida y sencillamente en las consultas de atención primaria. Este condensa los criterios diagnósticos (A-E) que deben de estar presentes siempre para considerarse positiva la prueba. Las características se muestran a continuación según el criterio:

A. Pérdida de un ser querido.

B. Ansiedad por separación. Las preguntas 1 y 2 con puntuación de 4 ó 5.

C. Duración sintomática. En este caso, la duración no se tendrá en cuenta.

D. Síntomas cognitivos, emocionales y conductuales. En 5 preguntas de la 4 a la 12 con puntuación de 4 ó 5.

E. Deterioro funcional. Debe presentar un deterioro en su funcionamiento social, laboral o en otras esferas. En la pregunta número 13 debe haber contestado "Sí".

En caso de resultado positivo, a pesar de no cumplir el criterio de durabilidad, se procedería a realizar las intervenciones pertinentes al Diagnóstico de enfermería (DxE) (00135) Duelo Patológico, evaluables con sus indicadores y resultados (Tabla 10). Si hubiera resultado negativo, vigilar hasta que pasen los 6 meses y se procedería a efectuar las intervenciones pertinentes al DxE (00172) Riesgo de Duelo Patológico, evaluables con sus indicadores y resultados (Tabla 10).

Si la pérdida es reciente pero mayor a 6 meses, se realiza el mismo procedimiento que cuando es menor. La única variabilidad es que en el criterio C del PG-13, la duración se tendrá en cuenta y los síntomas de ansiedad por separación deben estar presentes 6 meses o más después del fallecimiento; además, en la pregunta 3 debe haber contestado "Sí".

Si el tiempo es mayor a 2 años desde la pérdida, pero muestra sintomatología de duelo (Tabla 1) y (Tabla 2) se deberá realizar el cuestionario PG-13. Si este resulta positivo, se realizarán las actividades del mismo modo que se realizarían como si estuviera en la primera fase de pérdida mayor a 6 meses.

Se ha elegido el PG-13 debido a que es una herramienta con una fiabilidad test-retest y consistencia interna elevadas. Se comparó en un estudio frente a la entrevista clínica estandarizada, utilizada como "Gold Standart", y posee un 50% de sensibilidad y un 94,29% de especificidad, un Valor Predictivo Positivo 63,64% y un Valor Predictivo Negativo 90,41% (6).

Una vez que sea detectado el problema de salud, se acudirá a la tabla realizada con los diagnósticos NANDA resultados e indicadores que se pretenden conseguir (Tabla 10), y posteriormente a las intervenciones que se señalan a continuación: (38-39)

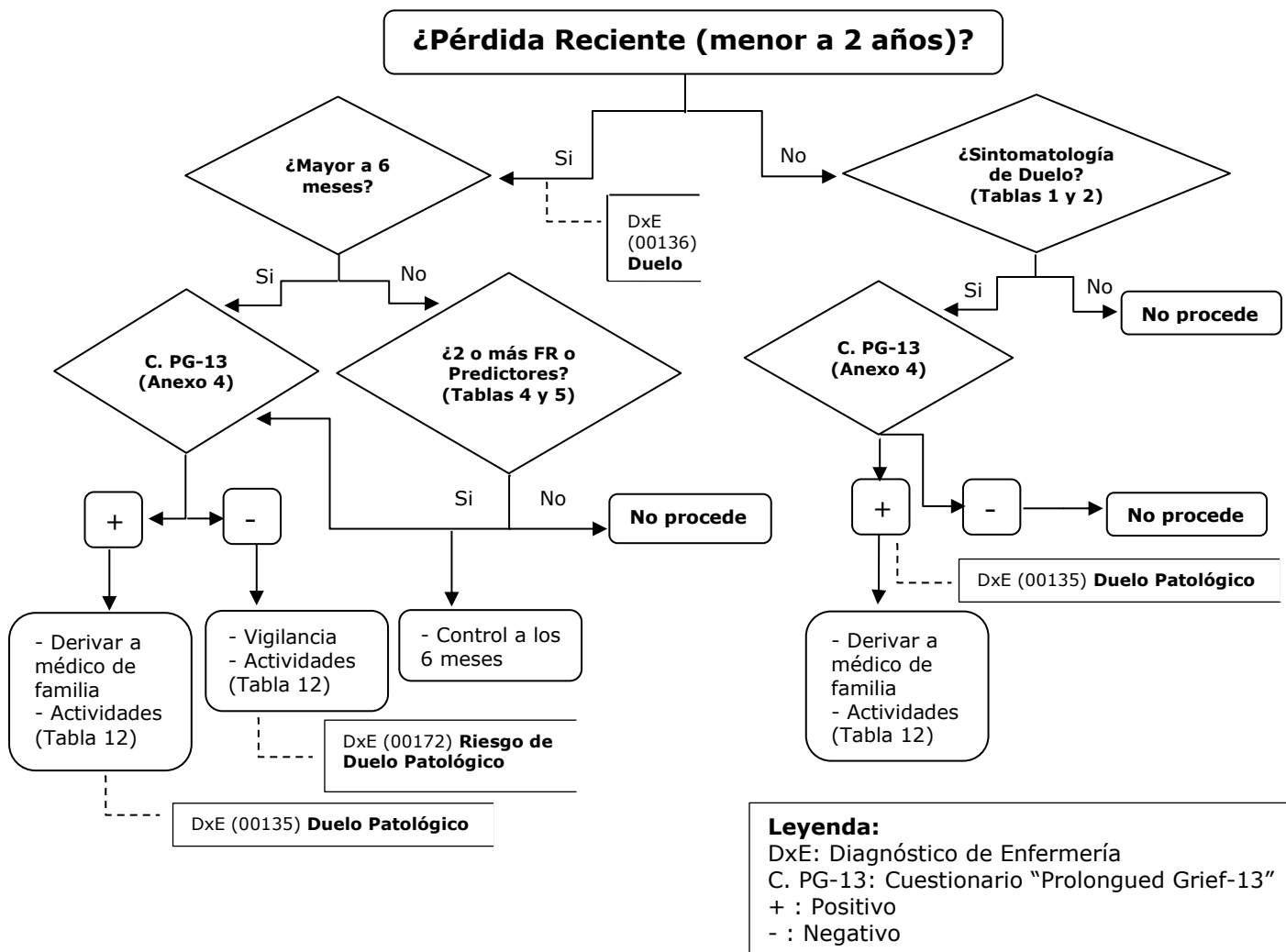
- (5290) Facilitar el duelo.
- (5230) Mejorar el afrontamiento.
- (5270) Apoyo emocional.
- (5300) Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
- (5330) Control del estado de ánimo.
- (5540) Potenciación de la disposición de aprendizaje.
- (7040) Apoyo al cuidador principal.
- (7140) Apoyo a la familia.

Además, se le realizará la "terapia en duelo", que persigue la identificación y resolución de conflictos asociados a la manifestación de un proceso de duelo complicado (49). Esta se centra en la resolución de 4 tareas que plantea Worden: aceptar la realidad de la pérdida; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente; y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (45). En el caso de afectar no sólo al paciente sino al entorno, se estudiará la funcionalidad familiar, para facilitar el afrontamiento y la adaptación a la nueva situación. Esto será crucial en las familias que tengan escasa red de apoyo y/o sean dependientes entre los miembros (40).

Las recomendaciones que plantean las guías de atención de psicogeriatría o de duelo, se pueden resumir en las siguientes: (5) (27) (41-48)

1. Acompañar, escuchar activamente y atender según la comunicación terapéutica.
2. Mostrar una visión realista y objetiva del problema.
3. Evidenciar las consecuencias que pueden acarrear algunas actitudes.
4. Seguir medidas higiénico-dietéticas con dieta equilibrada y ejercicio regular, ya que afectan al estado mental.
5. Facilitar la expresión emocional.
6. Informar de lo que ya conoce de su proceso de duelo.
7. Normalizar sus manifestaciones.

Algoritmo de actuación:



Indicadores de Evaluación:

Se evaluarán las intervenciones realizadas mediante los indicadores NANDA, NOC (Tabla 10) de la siguiente forma: (38)

1. Dentro del DxE (00136) Duelo:
 - b. Indicadores de los NOC (2608) (1304) (1310), se valorarán de Nunca a Siempre demostrado.
 - c. Indicadores del NOC (2001), se valorarán de Gravemente comprometido a No comprometido.
2. Dentro del DxE (00135) Duelo Patológico:
 - b. Indicadores de los NOC (1304), (1302), se valorarán de Nunca a Siempre demostrado.
 - c. Indicadores del NOC (1208), se valorarán de Grave a Ninguno.
3. Dentro del DxE (00172) Riesgo de Duelo Patológico:
 - b. Indicadores de los NOC (1304), (1302), (1409), se valorarán de Nunca a Siempre demostrado.

Indicadores de estructura, de proceso y de resultado. (Tabla 11) (Tabla 12) (Tabla 13).

Tabla 10: Diagnósticos NANDA con resultados e indicadores relacionados:

| DIAGNÓSTICOS | RESULTADOS | INDICADORES |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| (00136) Duelo | (2608) Resiliencia familiar | (260803) Se adapta a las adversidades como retos. (260806) Expresa confianza en la superación de adversidades. (260807) Mantiene valores, objetivos y sueños. (260827) Busca apoyo emocional de la familia extensa. |
| | (1304) Resolución de la aflicción | (130401) Expresa sentimientos sobre la pérdida. (130404) Verbaliza la aceptación de la pérdida. (130421) Expresa expectativas positivas sobre el futuro. (130420) Progresa a lo largo de las fases de la aflicción. |
| | (2001) Salud espiritual | (200102) Expresión de esperanza. (200103) Expresión de significado y fin de la vida. (200105) Expresión de serenidad. (200106) Expresión de amor. (200107) Expresión de perdón. |
| | (1310) Resolución de la culpa | (131001) Expresa las causas de la culpa. (131003) Controla la intensidad de los sentimientos. (131005) Expresa el significado personal de la culpa. |
| (00135) Duelo complicado | (1208) Nivel de depresión | (120801) Estado de ánimo deprimido. (120802) Pérdida de interés por actividades. (120805) Expresión de culpa inapropiada o excesiva. (120808) Retraso/agitación psicomotores. |
| | (1304) Resolución de la aflicción | (130401) Expresa sentimientos sobre la pérdida. (130405) Describe el significado de la pérdida. (130421) Expresa expectativas positivas sobre el futuro. (130420) Progresa a lo largo de las fases de la aflicción. |

| | | |
|---|---|--|
| | (1302) Afrontamiento de problemas | (130204) Refiere disminución de estrés. (130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130207) Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. (130210) Adopta conductas para reducir el estrés. |
| (00172) Riesgo de duelo complicado | (1304) Resolución de la aflicción | (130401) Expresa sentimientos sobre la pérdida. (130402) Expresa creencias espirituales sobre la muerte. (130404) Verbaliza la aceptación de la pérdida. (130405) Describe el significado de la pérdida. (130412) Mantiene el entorno de vida. (130417) Busca apoyo social. (130421) Expresa expectativas positivas sobre el futuro. (130420) Progresa a lo largo de las fases de la aflicción. |
| | (1302) Afrontamiento de problemas | (130201) Identifica patrones de superación eficaces. (130202) Identifica patrones de superación ineficaces. (130204) Refiere disminución de estrés. (130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130207) Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. (130210) Adopta conductas para reducir el estrés. |
| | (1409) Autocontrol de la depresión | (140901) Supervisa la capacidad para concentrarse. (140902) Supervisa la intensidad de la depresión. (140905) Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva. (140906) Refiere dormir de forma adecuada. (140907) Refiere mejoría de la libido. (140909) Refiere mejoría del estado de ánimo. |

Fuente: Realización propia

Tabla 11: Indicadores de estructura:

| PARÁMETROS | INDICADOR DE ESTRUCTURA I | INDICADOR DE ESTRUCTURA II |
|-------------------------------|--|--|
| INDICADOR | Disponibilidad del OMI en el centro de salud | Cuantificar el número de centros de salud participantes en el protocolo con edad poblacional alta |
| DIMENSIÓN | Disponibilidad | Disponibilidad |
| DESCRIPCIÓN | <p>Numerador: N° de centros de salud participantes en el protocolo con OMI</p> <p>Denominador: N° de centros de salud que pueden formar parte del protocolo</p> <p>Periodo de tiempo: Tiempo de implantación y puesta en marcha máximo de 12 meses</p> | <p>Numerador: N° de centros de salud participantes en el protocolo con edad poblacional alta</p> <p>Denominador: N° de centros de salud participantes en el protocolo sin criterio de exclusión de edad poblacional</p> <p>Periodo de tiempo: Tiempo de implantación y puesta en marcha máximo de 12 meses</p> |
| ACLARACIÓN DE TÉRMINOS | <p>1- Se informará al "Salud" acerca del protocolo</p> <p>2- Se escogerán los centros de salud con la aplicación OMI</p> | 1- Se escogerán centros de salud con media de edad poblacional alta |
| JUSTIFICACIÓN | Es necesario saber el número de centros de salud con el programa OMI para poder implantar el protocolo de forma eficaz | Es importante saber cuántos centros de salud poseen edad poblacional alta para que se vean beneficiados de la implantación del protocolo |
| TIPO DE INDICADOR | Indicador de estructura | Indicador de estructura |
| ESTÁNDAR | El 100% de los centros de salud deben de disponer del programa OMI | Al menos el 50% de los centros de salud participantes en el protocolo deben tener edad poblacional mayor a 65 años |

Fuente: Realización propia

Tabla 12: Indicadores de proceso

| PARÁMETROS | INDICADOR DE PROCESO I | INDICADOR DE PROCESO II |
|-------------------------------|--|--|
| INDICADOR | Número de centros de salud adheridos al protocolo | Identificar el nº de pacientes inmersos en el protocolo |
| DIMENSIÓN | Actividades | Actividades |
| DESCRIPCIÓN | <p>Numerador: Nº de centros de salud adheridos al protocolo</p> <p>Denominador: Nº de centros de salud totales susceptibles de participar en el protocolo</p> <p>Periodo de tiempo: En la puesta en marcha del protocolo</p> | <p>Numerador: Nº de pacientes inmersos en el protocolo</p> <p>Denominador: Nº de pacientes totales susceptibles de participar en el protocolo</p> <p>Periodo de tiempo: Tras 6 meses de inicio del protocolo</p> |
| ACLARACIÓN DE TÉRMINOS | 1- Se recogerá el dato del número de centros de salud adheridos | <p>1- Es importante explicar a los pacientes en qué consiste la intervención y su importancia</p> <p>2- Es necesario que los pacientes participen de forma activa en el protocolo</p> |
| JUSTIFICACIÓN | Es importante porque cuanto mayor número de centros de salud se disponga, mayor extensión del protocolo habrá | Es importante visualizar la participación del paciente en el protocolo para poder llevar a cabo mejoras continuadas |
| TIPO DE INDICADOR | Indicador de proceso | Indicador de proceso |
| ESTÁNDAR | El 50% de los centros de salud deberían querer adherirse | Se espera participación activa (un 70%) por parte de los pacientes |

Fuente: Realización propia

Tabla 13: Indicadores de resultado

| PARÁMETROS | INDICADOR DE RESULTADO I | INDICADOR DE RESULTADO II |
|-------------------------------|--|---|
| INDICADOR | Grado de satisfacción de los usuarios tras un intervalo de tiempo de 12 meses. | Número de pacientes diagnosticados y tratados de duelo complicado |
| DIMENSIÓN | Satisfacción | Detectabilidad |
| DESCRIPCIÓN | Numerador: nº de usuarios que están satisfechos con el protocolo Denominador: nº total de personas que han participado en el protocolo Periodo de tiempo: 12 meses | Numerador: Nº de pacientes diagnosticados y tratados de duelo complicado Denominador: Nº total de pacientes participantes en el protocolo Periodo de tiempo: 12 meses |
| ACLARACIÓN DE TÉRMINOS | 1- La satisfacción quedará definida como la conformidad de los usuarios con respecto a los servicios que se les proporciona | 1- El coeficiente que resulte será el valor significativo de eficacia y eficiencia del protocolo |
| JUSTIFICACIÓN | La satisfacción de los usuarios será el indicador clave de la calidad del protocolo | Si el coeficiente es alto, significa que se ha conseguido detectar a mucha población |
| TIPO DE INDICADOR | Indicador de resultado | Indicador de resultado |
| ESTÁNDAR | Se espera un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios | Se espera que el 25% de los participantes se hayan conseguido detectar y tratar |

Fuente: Realización propia

CONCLUSIONES

Se ha conseguido realizar una revisión bibliográfica teniendo en cuenta siempre la actualidad.

Se ha conseguido definir el duelo complicado y discernirlo del normal.

Se ha conseguido protocolizar la detección y actuación en caso de duelo complicado en el paciente geriátrico basadas en la evidencia científica, de tal forma que así se favorece la detección precoz y evita posibles repercusiones a largo plazo.

Se ha realizado un protocolo que sirve como herramienta útil para la valoración del duelo normal y complicado basado en la evidencia.

Ha disminuido la variabilidad en la atención y los cuidados al protocolizar la actuación.

Se ha conseguido dar visibilidad al problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz González M, Ortego Maté M C. Duelo complicado: Relación de ayuda enfermera [Trabajo de fin de Grado de Enfermería en Internet] [Cantabria]. Universidad de Cantabria; 2013. [cited 14 March 2019] Available from:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3130/SanzGonzalezM.pdf?sequence=1>
2. Rojas Osuna L E, Rodríguez Díaz C E. Pérdida, duelo y muerte del Adulto Mayor en dos escenarios diferentes [Tesina de Tanatología en Internet]. Asociación Mexicana de Educación Continua y Distancia, A.C.; 2015. [cited 11 March 2019] Available from:
<http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/289%20perdida.pdf>
3. González I, López L. Proceso de duelo, estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos ante la muerte de un ser querido [Tesis de Psicología en Internet]. Universidad Rafael Urdaneta; 2013. [cited 24 March 2019]. Available from:
<http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-13-06896.pdf>
4. Herrera P. A. Psicogeriatría: Vejez y envejecimiento [Internet]. 1st ed. Chile: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur de la Universidad de Chile; 2008 [cited 18 February 2019]. Available from:
https://www.ucursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUI5/2/material_docente/bajar?id_material=157478
5. Gastón Méndez J. Plan de cuidados de enfermería en el proceso del duelo [Trabajo de fin de grado de Enfermería en Internet]. [Leioa] Universidad del País Vasco; 2014. [cited 15 February 2019] Available from:
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13011/TFG.pdf?sequence=2>

6. Estevan Burdeus P, Calvo Manuel E, De Miguel Sánchez C. Validación y adaptación transcultural del cuestionario prolonged grief PG-13 para la detección precoz del duelo prolongado [Tesis de Medicina en Internet]. [Madrid] Universidad Complutense de Madrid; 2017. [cited 15 February 2019] Available from: <https://eprints.ucm.es/41515/1/T38473.pdf>
7. Boó Puente M J, Ortego Maté M C. El Duelo. Cuidados enfermeros en pacientes oncológicos [Trabajo de fin de grado de Enfermería en Internet]. [Cantabria] Universidad de Cantabria; 2013. [cited 19 February 2019] Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf?sequence=1>
8. Echeburúa E, Herrán Boix A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. [Internet] Análisis y modificación de la conducta. 2007;33(147):31-50. [cited 22 March 2019] Available from: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5804/Cuando_el_duelo_es_patologico.pdf?sequence.pdf
9. Vedia Domingo V. Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. [Internet] Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2016;4(2):12-34. [cited 24 March 2019] Available from: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
10. First M B, López G, Morando A. DSM-5: manual de diagnóstico diferencial. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana, D. L.2015.; 2015 [cited 24 March 2019].
11. Holland J M, Plant C P, Klingspon K L, Neimeyer R A. Bereavement-related regrets and unfinished business with the deceased. [Internet] Death Studies. 2018;1(6):1-19. [cited 26 March 2019] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30541414>
12. Millán-González R, Solano-Medina N. Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. [Internet] Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010;39(2):375-388 [cited 2 April 2019] Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615447011.pdf>

13. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. [Internet] Psicooncología. 2013;9(2-3). [cited 2 April 2019] Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/40902/39159>
14. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. [Internet] Psicooncología. 2008;5(2-3):383-400. [cited 9 April 2019] Available from: https://www.researchgate.net/publication/277274808_Predictores_de_duelo_complicado
15. Ballesteros R. Musicoterapia y psicología aplicadas al duelo y a la pérdida. [Internet] 1st ed. Barcelona: Raquel Ballesteros; 2010. [cited 10 March 2019] Available from: <http://www.raquelballesteros.com/wp-content/uploads/2017/08/Musicoterapia-en-el-Duelo.pdf>
16. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. [Internet] Psicooncología. 2008;5(1):103-116. [cited 16 February 2019] Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A/15522>
17. Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. Desarrollo y validación de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (RPD-PS-38). [Internet] Psicooncología. 2014;11(2-3):369-387. [cited 20 February 2019] Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/47395/44428>
18. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M C, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. [Internet] Medifam. 2002;12(10):620-630. [cited 22 February 2019] Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

19. Hensley P L. A review of bereavement-related depression and complicated grief. *Psychiatric Annals* [Internet]. 2006 [cited 11 April 2019];36(9):618-626. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/287005743_A_review_of_bereavement-related_depression_and_complicated_grief
20. Díaz Curiel J. Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. [Internet] *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2011;31(1). [cited 10 April 2019]. Available from:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/07.pdf>
21. García Campayo J. Manejo del duelo en Atención Primaria. [Internet] *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2012;2(2):1-18. [cited 12 April 2019] Available from:
http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Manejo_del_duelo_en_AP.pdf
22. Aponte Daza V C. Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Patológico. [Internet] *Ajayu*. 2011;9(1):193-228. [cited 20 April 2019] Available from:
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n1/v9n1a6.pdf>
23. García Vázquez P, Espina Barrio J A. Evaluación Psicoterapia breve del duelo en Centro de Salud Mental [Trabajo de fin de grado de Medicina en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2016. [cited 30 April 2019] Available from:
24. Barrios Lafragüeta M V, Ruidiaz Peña M. Prevención y Detección precoz de duelo complicado en adultos a través de un Programa de Salud en Atención Primaria [Trabajo de fin de grado de Enfermería] Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015.
25. Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, Rodríguez Poo J M. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. Ine.es. 2019 [cited 20 April 2019]. Available from:
<https://www.ine.es/>

26. Franco Fernández M D, Sanmartín Roche A, Guija Villa J A, Giles Gordón E. Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos del anciano. [Internet] Revista de Psicogeriatría. 2003;3(1):12-16. [cited 2 March 2019] Available from: https://www.infogerontologia.com/documents/patologias/trastornos_afectivos/trast_afectiv_anciano.pdf
27. Miguel Ortega T, Arriaga Dávila J J, Martínez Chapa H D, Arizmendi Uribe E, López Ocaña L R, Baca Grande D et al. Guía de práctica clínica: Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. 2018. [Internet]. 1st ed. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018 [cited 24 March 2019]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>
28. Thumala Dockendorff D, Yañez Montecinos J. Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer [Tesis de Psicología en Internet]. [Chile]: Universidad de Chile; 2011. [cited 3 March 2019] Available from: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-thumala_d/pdfAmont/cs-thumala_d.pdf
29. Dechent C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. [Internet] Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2008;19(1):339-346. [cited 1 April 2019] Available from: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/depresion_geria_trica.pdf
30. Mínguez Platero J, Ruiz Peña M. Atención al duelo [Internet]. Amf-semfyc.com. 2015 [cited 25 March 2019]. Available from: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1436
31. Ortega Herrera M. Residencia Municipal de Mayores "San Bartolomé" [Internet]. 1st ed. Tembleque: Asociación Cicerón; 2013 [cited 24 March 2019]. Available from: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/.../00000118-protocolo-de-exitus.doc>

32. Servicio Regional de Bienestar Social. Protocolos Asistenciales en Residencias Mayores [Internet]. 1st ed. Madrid: Consejería de familia y asuntos sociales de la Comunidad de Madrid; 2007 [cited 24 March 2019]. Available from:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DBVCM007151.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352857974016&ssbinary=true>
33. Álvarez Martínez F, Molero Pardo M J. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. [Internet] Comisión de Humanización de los Cuidados. Enfermería docente. 2010;92:27-30. [cited 1 April 2019] Available from:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-10.pdf>
34. Servicio Foral Residencial. Protocolos de actuación. Residencias de personas mayores. [Internet] 1st ed. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia; 2010. [cited 2 March 2019] Available from:
http://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Protocolos_web_DEFINITIVO_ca.pdf?hash=3e1e1f990b1a7525a72d6bbce3021701&idioma=CA
35. Bielsa Rodrigo F, Arto Serrano A, García Ruiz M T, Gonzalo Lozano M F, Royo Serrano M, Viñuales Soto T. OMI-AP. Aragón: SALUD; 2009 [cited 1 April 2019]
36. Alberola Candel V, Adsuaara Vicent L, Reina López N. Intervención individual en el duelo [Internet]. 1st ed. Valencia: Servicio de Oncología Médica y Servicios de Psicología Clínica e Interna. Hospital Arnau de Vilanova; 2019 [cited 24 March 2019]. Available from:
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>

37. Weill Cornell Medicine Center for Research on End-of-Life Care.
Trastorno por duelo prolongado (PG – 13) [Internet]. New York: Weill Cornell Medicine Center for Research on End-of-Life Care; 2019 [cited 24 April 2019]. Available from:
https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13_spanish.pdf
38. NANDA, Moorhead S, Johnson M, Maas M L, Swanson E, Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. 2019 [cited 24 March 2019]. Available from:
<https://www.nnnconsult.com/>
39. Molinero Moreno M, Lucha López A C. Cuidados de Enfermería al Paciente Terminal: Dolor y Apoyo a la Familia [Trabajo de fin de grado en Enfermería]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012. [cited 24 March 2019]
40. Gómez Baladrón I, Tenorio Matanzo M. El proceso de duelo en las familias: papel de enfermería [Trabajo de fin de grado de Enfermería en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2016. [cited 24 March 2019] Available from:
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/674936>
41. Sánchez Pérez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R. Guía esencial de psicogeriatría. 2nd ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2011. [cited 2 March 2019]
42. SESCOAM. Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020. [Internet] Toledo: Red de Expertos y Profesionales de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad; 2016 p. 77-89. [cited 5 March 2019] Available from:
https://sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170117/estrategia_regional_de_cuidados_paliativos_de_castilla_la_mancha.pdf
43. Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA, Servicio Andaluz de Salud. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. [Internet] 1st ed. [Sevilla]: Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011. [cited 5 March 2019] Available from: <http://clea.edu.mx/biblioteca/Guia-duelo-final.pdf>

44. Díaz P, Losantos S, Pastor P. Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios. [Internet] 1st ed. [Madrid]: Fundación Mario Losantos del Campo; 2014. [cited 6 March 2019] Available from: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/guia-de-duelo-adulto.pdf>
45. Elmir Joseph L, Ayensa J A. Programa de formación a profesionales de enfermería en pacientes en fase de duelo [Trabajo de fin de grado de Enfermería]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2014. [cited 31 March 2019]
46. Sánchez Guio, Germán Bes C, Blánquez ornat I. La atención al duelo en la formación de los estudiantes de Grado de Enfermería [Trabajo de fin de grado de Enfermería]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2014. [cited 28 March 2019]
47. Callén Galindo M, Germán Bes C, Huércanos Esparza I. El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras [Trabajo de fin de máster en Ciencias de la Enfermería]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012. [cited 29 March 2019]
48. San Casimiro Cenzano I, Marín Fernández E. Manejo del duelo en cuidados paliativos [Trabajo de fin de grado de Enfermería en Internet]. [Logroño]: Universidad de la Rioja; 2015. [cited 10 March 2019] Available from: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001114.pdf
49. Arribas Carreira C, Casillas santana M L. Proceso de duelo complicado o patológico en las familias: papel de enfermería. [Trabajo de fin de grado de Enfermería en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2018. [cited 5 April 2019] Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684679/arribas_carreira_celiatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO I: ESCALA DE PRIGERSON (IDC)

ESCALA DE PRIGERSON

Por favor, ponga una cruz en la opción que mejor describa su experiencia tras la muerte de su familiar.

| | SIEMPRE | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARAS VECES | NUNCA |
|---|---------|-------------|------------------|----------------|-------|
| 1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido, que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente. | | | | | |
| 2. Los recuerdos de la persona que murió me trastoran | | | | | |
| 3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida | | | | | |
| 4. Anheo a la persona que murió | | | | | |
| 5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida | | | | | |
| 6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte | | | | | |
| 7. No me puedo creer que haya sucedido | | | | | |
| 8. Me siento aturdido por lo sucedido | | | | | |
| 9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente | | | | | |
| 10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban | | | | | |
| 11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella ha muerto | | | | | |
| 12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo algunos de los síntomas que sufría la persona que murió | | | | | |
| 13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió | | | | | |
| 14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió | | | | | |
| 15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome | | | | | |
| 16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí | | | | | |
| 17. Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto | | | | | |
| 18. Siento amargura por la muerte de esa persona | | | | | |
| 19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano | | | | | |

Fuente: Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico.

ANEXO II: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tabla 14: Diagnóstico diferencial:

| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | |
|--|---|
| Trastornos depresivos. | El trastorno de duelo complejo persistente (TDCP), el trastorno de depresión mayor y la distimia, tienen en común la tristeza, el llanto y los pensamientos suicidas. Aunque el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo pueden compartir el ánimo deprimido con el TDCP, este último se caracteriza por centrarse en la pérdida. Pueden existir por comorbilidad. |
| Trastorno de estrés postraumático (TEPT). | Los individuos que presentan un duelo como resultado de una muerte traumática pueden desarrollar tanto TEPT como TDCP. Mientras que las intrusiones del TEPT se centran en el acontecimiento traumático, los recuerdos intrusivos del TDCP se centran en los aspectos positivos de la relación y el malestar por la separación, también hay preocupación por la pérdida y añoranza del fallecido, todo ello está ausente en el TEPT. En los individuos con TDCP los pensamientos angustiantes pueden estar más relacionados con la forma de morir. Ambos pueden conllevar una evitación de los recuerdos de los acontecimientos angustiantes. |
| Trastorno de ansiedad por separación. | El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por ansiedad acerca de la separación de las figuras de apego actuales, mientras que el TDCP conlleva malestar por la separación de un individuo que ha fallecido. |
| Si existen episodios psicóticos | Se deberá realizar diagnóstico diferencial con: demencia, síndrome de la puesta del sol, estados psicóticos, acatisia, depresión psicótica, uso de psicotrópicos sedantes, intoxicación aguda por alcohol, síndrome de Charles Bonnet, estado post-ictal, abatimiento funcional, trastornos delirantes. |

Fuente: Realización propia

ANEXO III: Fichas de Lectura crítica

Tabla 15: Fichas de Lectura Crítica

| ESTUDIO Y AUTORES | DISEÑO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|--|--|---|
| Bereavement-related regrets and unfinished business with the deceased. Holland J M, Plant C P, Klingspon K L, Neimeyer R A. | <p>Diseño: Descriptivo ecológico.</p> <p>Objetivos: Examinar la extensión a los que manifiestan tener tareas pendientes y también manifiestan tener culpabilidad en el duelo. Examinar la correlación de los temas sin resolver de la relación, incluyendo causas de la muerte violentas (vs. causas naturales) y pérdida de un familiar cercano (vs. familiares lejanos y amigos) y extrapolarlo a variables similares asociadas con la culpabilidad en el duelo y las tareas pendientes. Examinar las tareas pendientes y la culpabilidad como predictores del duelo complicado.</p> | Los asuntos pendientes se dieron con más frecuencia con familiares y amigos inmediatos y en casos de muerte repentina y violenta de seres queridos. Ambas formas de problemas no resueltos se asociaron con el resultado del duelo, y la relación entre angustia por asuntos pendientes y sintomatología de duelo es particularmente sólida. |
| Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Dechent C. | <p>Diseño: Revisión bibliográfica.</p> <p>Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica. Describir la prevalencia e incidencia de la depresión en la población geriátrica. Describir síntomas principales de la depresión geriátrica. Describir las alteraciones cognitivas. Describir el síndrome de disfunción ejecutiva-depresión. Describir las intervenciones para la depresión.</p> | La depresión geriátrica se diferencia de la de inicio temprano, por su menor frecuencia de antecedentes y alteraciones de la personalidad, mayor presencia de síntomas psicóticos y mentales, mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad, tendencia a la cronicidad, respuesta tardía a los fármacos, riesgo de recaídas y / o evolución a demencia. |

| ESTUDIO Y AUTORES | DISEÑO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|---|---|--|
| Desarrollo y validación de la escala de respuestas. Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. | <p>Diseño: Descriptivo transversal</p> <p>Objetivos: Determinar la estructura factorial de la escala FD reducida a 43 ítems. Calcular la consistencia interna de los factores. Describir la forma de la distribución de los factores, y la frecuencia de expresión de las respuestas de duelo elevadas. Calcular y comparar los promedios de los factores.</p> | <p>Tras la selección final de los ítems, la RPD-PDS-38 quedó conformada por 38 ítems. La distribución de los seis factores de primer y los dos factores de segundo orden no se ajustaron a una curva normal, por lo que deben ser baremados por medio de puntuaciones de percentil. Las respuestas psicológicas menos frecuentes fueron ira, depresión y negación.</p> |
| Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos en el anciano. Franco Fernández M D, Sanmartín Roche A, Guija Villa J A, Giles Gordón E. | <p>Diseño: Descriptivo ecológico.</p> <p>Objetivos: Analizar dificultades en la propia delimitación nosológica, la diferenciación de los síntomas y los afectos específicos de una etapa involutiva normal, hasta llegar a las dificultades inherentes al empleo de instrumentos, escalas y cuestionarios. Valorar la frecuencia de diferentes clases en las expresiones clínicas de la depresión en la involución.</p> | <p>La GDS se muestra como una escala sensible para el diagnóstico de depresión y con una alta concordancia con los diagnósticos clínicos, pero con una baja especificidad para los cuadros depresivos del anciano. Evaluar y clasificar los trastornos del paciente es necesario, pero debemos ser conscientes de su dificultad y de que su información es limitada o simbólica y que las clasificaciones no deben impedir captar la individualidad del paciente.</p> |
| Vedia Domingo V. Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. | <p>Diseño: Revisión bibliográfica</p> <p>Objetivos: Describir las diferencias entre duelo normal y complicado. Describir los diferentes tipos de duelo complicado. Describir los predictores de duelo. Describir el tratamiento del duelo</p> | <p>Si la muerte ha sido súbita, traumática, por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o laboral, muerte perinatal, etc. el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada. Se repasan los factores de riesgo para tener un duelo complicado y se desarrollan en los diferentes tipos de muerte. Algunos de los factores de riesgo identificados son: la edad, el tipo de relación con el fallecido, circunstancias de la muerte, bajo apoyo social o duelos previos no resueltos. La presencia de recursos de ayuda y apoyo social son fundamentales para favorecer la elaboración de la situación y disminuir su complejidad.</p> |

| ESTUDIO Y AUTORES | DISEÑO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|---|--|---|
| Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. | Diseño: Revisión bibliográfica Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica tanto de los artículos publicados durante los últimos años sobre estudios relacionados con el duelo, como de los aspectos más relevantes contenidos en la literatura reciente. Describir la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento del duelo. | <p>Es importante conocer las manifestaciones normales del duelo y ser prudentes en su interpretación pues podemos caer en el error de considerar patológicas manifestaciones naturales y adaptativas. Resulta relevante tener en cuenta los predictores para poder identificar aquellas personas que puedan necesitar apoyo y así prevenir un posible duelo complicado.</p> <p>Cuando el duelo es complicado, habrá que evaluar al paciente de forma precisa. El tema presenta déficits en cuanto a estudios experimentales que valoren la eficacia de la psicoterapia en el duelo.</p> |
| Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M C, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. | Diseño: Descriptivo ecológico Objetivos: Adaptar y validar al castellano la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) para su uso en el cribado de depresiones en mayores de 65 años. | <p>La puntuación fue superior en las mujeres, sin detectarse diferencias en relación con los grupos de edad ni nivel de estudios.</p> <p>Las características con las que se presenta hacen que se diagnostique poco y se trate menos. Estudios han comprobado que síntomas depresivos en ancianos se asocian a un mayor número de visitas al médico, de uso de fármacos, de acudir a urgencias y de costes globales como pacientes ambulatorios. Los resultados de fiabilidad han sido satisfactorios, ya que se ha usado el índice de Kappa ponderado.</p> |

| ESTUDIO Y AUTORES | DISEÑO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|---|---|--|
| <p>¿Cuándo el duelo es complicado y cómo hay que tratarlo? Echeburúa E, Herrán Boix A.</p> | <p>Diseño: Revisión bibliográfica</p> <p>Objetivos: Definir cuándo es duelo normal. Definir cuándo es duelo complicado. Definir el tratamiento del duelo complicado. Definir indicadores de recuperación</p> | <p>Cada persona va a sobrellevar el duelo a su manera. Y, el paso del tiempo, la expresión de las emociones, el apoyo, la reanudación de la vida diaria y la implicación en actividades suelen ser suficientes. En algunos casos, evoluciona mal y se convierte en duelo complicado que precisa intervención. La lamentación dirigida y la exposición a las situaciones evitadas han conseguido buenos resultados. Un reto de futuro es detectar precozmente a los necesitados de tratamiento, establecer protocolos para de intervención del duelo complicado e integrar los recursos existentes.</p> |
| <p>Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo complicado. Díaz Curiel J.</p> | <p>Diseño: Descriptivo transversal</p> <p>Objetivos: Estudiar la variación de las puntuaciones antes y después del tratamiento mediante la Escala de Prigerson Poder relacionar las mismas con variables socio-familiares, clínicas y del propio proceso psicoterapéutico grupal. Tratar de que los sujetos integren de un proceso personal a uno también grupal.</p> | <p>Se comparan los resultados a través de la Escala de Prigerson antes y después del tratamiento; y se puede afirmar que la terapia grupal de tiempo limitado a 10 sesiones es eficaz. Al finalizar el tratamiento grupal el 58,3% de los sujetos solicitan el alta en Salud Mental y el 37,5% continúan recibiendo asistencia psiquiátrica y/o psicoterapéutica o tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico. En todo caso es conveniente un seguimiento de los pacientes y una evaluación clínica en un periodo de 2-5 años una vez finalizada la terapia.</p> |
| <p>Detección de duelo complicado. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M.</p> | <p>Diseño: Revisión bibliográfica</p> <p>Objetivos: Conocer en profundidad el fenómeno del duelo complicado o patológico. Recabar aquellos indicadores de detección y evaluación que nos permitan su pronta identificación en la práctica clínica.</p> | <p>Contamos con importantes indicadores e instrumentos de valoración del duelo complicado (Prigerson, Worden, y DSM), siendo cada vez mayor el reconocimiento de este diagnóstico clínico como una entidad propia. Algunos de los factores de riesgo son los relacionados con la edad del doliente, el tipo de relación con el fallecido, circunstancias de la muerte, bajo apoyo social o duelos previos no resueltos. Los indicadores o factores de protección que más se están estudiando en la actualidad son la resiliencia, la espiritualidad o el apego seguro.</p> |

| ESTUDIO Y AUTORES | DISEÑO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|--|--|--|
| Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Complicado. Aponte Daza V C. | Diseño: Descriptivo series de casos Objetivos: Mostrar la eficacia de la Terapia Centrada en Soluciones en el tratamiento del duelo complicado, con la búsqueda de excepciones, los halagos y la pregunta del milagro, y la utilización de técnicas para el tratamiento de duelo. | La aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, dio resultados en este caso de duelo, lo que demuestra que es una técnica efectiva. Con las tareas realizadas se ayudó al paciente a externalizar sus sentimientos hacia la muerte de su padre. Con las excepciones se ayudó al paciente a distinguir en que actividades se sentía mejor. La pregunta del milagro le permitió ver más allá de su problema. Con la tarea de que recite poemas el paciente comenzó a recordar menos las palabras de la madre. Las cartas le dieron la posibilidad de expresar recuerdos. |
| A review of bereavement-related depression and complicated grief. Hensley P L. | Diseño: Revisión bibliográfica Objetivos: Definir la relación entre la depresión relacionada con el duelo y el duelo complicado. | Al año de la muerte la depresión relacionada con el duelo tiene una prevalencia de 15%. A los 2 años, el 12%. Del 10% al 20% de los duelos terminan siendo complicados. La psicoterapia interpersonal no tuvo mejores resultados que el placebo. El tratamiento del duelo complicado puede requerir la aplicación de un tipo específico de psicoterapia. |

ANEXO IV: IMÁGENES DE LO QUE ESTÁ IMPLANTADO EN OMI-AP

ASISTENTE CIAP STACKS C.I.S

Asistente Consulta CIAP

Palabra Clave ☐ Códigos

Capítulos

Selección **FALLECIMIENTO** ☒

| CIAP | Descripción |
|------|---------------------------|
| A96 | FALLECIMIENTO |
| Z15 | FALLECIMIENTO DEL CONYUGE |
| Z19 | FALLECIMIENTO DE HIJO |
| Z23 | FALLECIMIENTO FAMILIAR |

Incluye

Excluye

Criterios

Considere

Notas

CIE-10

Código(s) seleccionado(s)

☒ Problemas ☐ Razones ☐ Procesos

Pb Ra Pr

ASISTENTE CIAP STACKS C.I.S

Asistente Consulta CIAP

Palabra Clave ☐ Códigos

Capítulos

Todos
 Problemas Generales e Inespecíficos
 Sangre, Organos Hematopoyéticos, Linfáticos y Bazo
 Aparato digestivo
 Ojo
 Oído
 Aparato Circulatorio

Selección **REACCION DE DUELO**

| CIAP | Descripción |
|------|---------------------|
| P02 | REACCION DE DUELO |
| P02 | DUELO PATOLOGICO |
| P02 | DUELO NO PATOLOGICO |

Incluye: trastorno adaptativo; síndrome de quemado/desgaste profesional; síndrome de estrés/del cuidador; duelo patológico/no

Excluye: sentimiento depresivo P03; trastorno depresivo P76; trastorno de estrés postraumático P82

Criterios

Considere

Notas

CIE-10

Código(s) seleccionado(s) ☒ Problemas ☐ Razones ☐ Procesos Pb Ra Pr

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

ANEXO V: CUESTIONARIO PROLONGUED-GRIEF 13 (PG-13) VERSIÓN EN ESPAÑOL:

PARTE I - INSTRUCCIONES: EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, MARQUE, POR FAVOR, CON UNA 'X' LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN.

1. En el último mes, ¿cuántas veces ha deseado de forma intensa que él/ella estuviera con usted o ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza?

- ☐ 1 = Nunca.
☐ 2 = Al menos una vez al mes.
☐ 3 = Al menos una vez a la semana.
☐ 4 = Al menos una vez al día.
☐ 5 = Varias veces al día.

2. En el último mes, ¿cuántas veces ha tenido momentos de intenso sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionados con la muerte de su ser querido?

- ☐ 1 = Nunca.
☐ 2 = Al menos una vez al mes.
☐ 3 = Al menos una vez a la semana.
☐ 4 = Al menos una vez al día.
☐ 5 = Varias veces al día.

3. Pasados 6 meses de la pérdida de su ser querido, ¿continúa experimentando alguno de los síntomas de las preguntas 1 y 2, al menos una vez al día?

- ☐ No.
☐ Sí.

4. En el último mes, ¿cuántas veces ha tratado de evitar aquello (cosas, lugares, situaciones, personas) que le recuerda que su ser querido ha fallecido?

- ☐ 1 = Nunca.
☐ 2 = Al menos una vez al mes.

- _____ 3 = Al menos una vez a la semana.
_____ 4 = Al menos una vez al día.
_____ 5 = Varias veces al día.

5. En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido confuso/a, aturdido/a o paralizado/a por su pérdida?

- _____ 1= Nunca.
_____ 2 = Al menos una vez al mes.
_____ 3 = Al menos una vez a la semana.
_____ 4 = Al menos una vez al día.
_____ 5 = Varias veces al día.

PARTE II - INSTRUCCIONES: EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, INDIQUENOS CÓMO SE SIENTE EN LA ACTUALIDAD MARQUE, POR FAVOR, CON UNA 'X' LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN.

6. ¿Se siente confundido acerca de su papel en la vida o como si no supiera quién es en realidad (por ejemplo, sentir como si se hubiera muerto una parte de usted mismo)?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.
_____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

7. ¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser querido?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.
_____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

8. ¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser querido?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.

- _____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

9. ¿Siente amargura por su pérdida?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.
_____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

10. ¿Siente que seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos, interesarse por cosas nuevas, etc.) será más difícil ahora?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.
_____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

11. ¿Se siente emocionalmente bloqueado desde su pérdida?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.
_____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

12. ¿Siente que la vida no tiene sentido?

- _____ 1= No, en absoluto.
_____ 2 = Un poco.
_____ 3 = Bastante.
_____ 4 = Mucho.
_____ 5 = Muchísimo.

PARTE III - INSTRUCCIONES: EN LA SIGUIENTE PREGUNTA, MARQUE, POR FAVOR, CON UNA 'X' LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN.

13. ¿Ha visto Ud. reducida, de manera significativa, su vida social o laboral, o ha visto reducidas otras áreas importantes de su vida (por ejemplo, sus obligaciones domésticas)?

_____ No.

_____ Sí.

Fuente: Trastorno por duelo prolongado (PG – 13).