

Duelo inadaptado en personas frágiles y dependientes de Canarias.

Martín Rodríguez Álvaro, Pedro Ruymán Brito Brito, Alfonso Miguel García Hernández
C. Salud Santa Cruz de la Palma, La Palma (Canarias)

Contacto: mrodrigu@edu.es

Manuscrito recibido: 24/08/2021

Manuscrito aceptado: 19/11/2021

Cómo citar este documento

Rodríguez-Álvaro M, Brito-Brito PR, García-Hernández AM. Duelo inadaptado en personas frágiles y dependientes de Canarias. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2022 Febrero; 10 (1): 13-23.

Resumen

Como marco general, se pueden agrupar los diferentes tipos de duelo en tres categorías: normal, inadaptado o con complicaciones y en riesgo. El nivel de dependencia de la persona fallecida juega un papel importante en el desarrollo de complicaciones, especialmente en pacientes previamente frágiles.

Objetivo: analizar las características de las personas frágiles y dependientes diagnosticadas de duelo y duelo complicado en Canarias.

Método: Se plantea un estudio observacional, descriptivo, transversal, de tipo epidemiológico en el entorno de Atención Primaria de Canarias con los dolientes identificados en los años 2018 y 2019.

Resultados: La prevalencia del duelo complicado es mayor en mujeres (13%) y

en los pacientes frágiles o dependientes (15,2%). En dolientes en riesgo social intermedio, identificado mediante la Escala Sociofamiliar de Gijón, la prevalencia es del 24,1%. El registro de características definitorias de los diagnósticos enfermeros y de factores relacionados o de riesgo es anecdótico. El Área de Salud con mayor prevalencia de duelo complicado fue Tenerife (13,3%)

Conclusiones: Las personas frágiles o dependientes padecen más duelo inadap-
tado que las personas autónomas. A través de la epidemiología del cuidado se debe seguir investigando acerca de las necesidades de los pacientes previamente frágiles, especialmente en las relacionadas con la esfera psicosocial.

Original

Palabras clave:

Duelo; Condiciones Sociales; Diagnóstico de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Anciano Frágil; Personas Imposibilitadas.

Misadapted duel in frail and dependent people of the Canary Islands

Abstract

As a general framework, the different types of grief can be grouped into three categories: normal, maladaptive or complicated and at risk. The level of dependency of the deceased plays an important role in the development of complications, especially in previously frail patients. Objective: to study grief in a particularly fragile group: dependent persons. Method: An observational, descriptive, cross-sectional, epidemiological study was carried out in the Primary Care setting in the Canary Islands with mourners identified in 2018 and 2019. Results: The prevalence of complicated grief is higher in women (13%) and frail or dependent patients (15.2%). In mourners at intermediate social risk, identified using the Gijón Sociofamiliar Scale, the prevalence is 24.1%. The recording of defining characteristics of nursing diagnoses and related or risk factors is limited. The health area with the highest prevalence of Complicated Grief was Tenerife (13.3%) Conclusions: Frail or dependent people suffer more non-adapted grief than autonomous people. However, no associations of moderate or strong magnitude are evident. Further research on the needs of previously frail patients, especially those related to the psychosocial sphere, should be carried out through the epidemiology of care.

Keywords

Grief, social conditions, Nursing Diagnosis, Primary Health Care, Frail elderly, Homebound Persons.

Introducción

El duelo mal adaptado es una entidad diagnóstica propia y diferenciada de otros diagnósticos y problemas de la salud. No hay consenso en su denominación ni en su definición. En la práctica sanitaria, actualmente las concepciones diagnósticas más extendidas son el *Duelo Prolongado*, propuesto por Prigerson y recogido por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Diagnóstico

y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (1)(2) y el *Duelo inadaptado*, propuesto por los autores de este artículo y el Comité de Desarrollo Diagnóstico de NANDA-I. De esta forma, como marco general, se pueden agrupar los diferentes tipos de duelo en tres categorías: normal, mal adaptado o con complicaciones y en riesgo (3).

En el lenguaje estandarizado de cuidados, la taxonomía NANDA-I en su última edición, 2021-23, introduce cambios en los

diagnósticos centrados en el foco diagnóstico "duelo". Por un lado, se elimina la etiqueta diagnóstica "Duelo", al entender el mismo como una *"respuesta normal y por tanto no cumple la definición de diagnóstico orientado al problema"* (4). En su lugar surge *Disposición para mejorar el duelo*, un diagnóstico que tiene como elemento central el deseo del doliente de mejorar la experiencia del duelo.

Por otro lado, las etiquetas diagnósticas Duelo complicado (aprobado en 1980 y revisado en 1996, 2006 y 2017) y Riesgo de Duelo Complicado (aprobado en 2004 y revisado en 2006, 2013 y 2017) se sustituyen por Duelo Inadaptado y Riesgo de Duelo Inadaptado, que contienen cambios en la definición, características definitorias o factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados.

En definitiva, se define, el duelo inadaptado como un *"proceso que ocurre tras la muerte de una persona significativa, donde la experiencia que acompaña al duelo no sigue las expectativas socioculturales"* (4).

Se han identificado factores que pueden predecir las complicaciones en el proceso de adaptación que surge tras la pérdida (5). La dependencia de la persona fallecida juega un papel importante en el desarrollo de complicaciones (6), especialmente en pacientes previamente frágiles algo que se ha estudiado especialmente en pacientes diagnosticados de una enfermedad mental(7). Lundorff destaca que las personas mayores pueden ser más susceptibles a sufrir complicaciones por las condiciones inherentes a la vejez, como una salud delicada, o la disminución del contacto social, entre otros factores (8). Son escasos los estudios realizados específicamente en dolientes que dependan de otra persona para cubrir las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, son habituales las investigaciones realizadas en cuidadores de estas personas, ya sea abordando específicamente la pérdida o tratando de identificar sus necesidades.

Se define, el duelo inadaptado como un "proceso que ocurre tras la muerte de una persona significativa, donde la experiencia que acompaña al duelo no sigue las expectativas socioculturales"

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en España el 22,8% de la población general refiere una limitación crónica para realizar las actividades de la vida cotidiana, estando el 4,3% gravemente limitada (9). En Canarias, según la encuesta de condiciones de vida 2013-19, se estima que alrededor del 6% de las personas de 16 o más años está gravemente limitado por padecer algún problema de salud (10). La última actualización del Protocolo de Atención a las Personas Mayores de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, define a la persona mayor frágil o en riesgo de dependencia como *"una persona de 65 o más años que presentando dependencia en algunas actividades de la vida diaria, cumple algún criterio de riesgo en el área física, mental y/o social. Su grado de dependencia se correspondería con un Test de Barthel de 61-90 puntos o un Índice de Katz de C-E". Cuando la persona "precisa ayuda de otras personas para las actividades básicas de la vida diaria, con un grado funcional equivalente a un Test Barthel 0-60 puntos o un Índice de Katz de F-G", se considera una persona mayor dependiente* (11).

Lobb, en una revisión sistemática que aborda los factores predictores de duelo complicado (12), refiere la falta de evidencia que ha habido en la investigación en el duelo, especialmente aquella centrada en las personas en riesgo de sufrir complicaciones. El objetivo principal de este estudio es estudiar el duelo en un colectivo particularmente frágil: las personas dependientes en el contexto de Atención Primaria.

La dependencia de la persona fallecida juega un papel importante en el desarrollo de complicaciones, especialmente en pacientes previamente frágiles algo que se ha estudiado especialmente en pacientes diagnosticados de una enfermedad mental.

El objetivo principal de este estudio es identificar el perfil y las características de los pacientes diagnosticados de Duelo Inadaptado (antes Duelo Complicado) en las personas frágiles y dependientes en Atención Primaria de Canarias.

MÉTODO

Diseño:

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Población y ámbito de estudio:

Pacientes diagnosticados de Duelo, Duelo Complicado o Riesgo de Duelo Complicado en los años 2018 y 2019, etiquetas diagnósticas vigentes en el momento del estudio. La explotación y el análisis se realiza en toda la población, no sobre una muestra representativa.

La Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Canarias está dividida en siete Áreas de Salud y 112 Zonas Básicas que atienden a una población aproximada de 2.000.000 de usuarios. Se dispone de historia clínica electrónica única en todo el territorio (Drago-AP), herramienta que trabaja sobre una base de datos ORACLE. La historia de salud Drago-AP ofrece un módulo

específico para la planificación de cuidados. Este módulo se basa en una valoración estructurada por Patrones Funcionales de Salud, pudiendo establecer diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones con las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.

Variables e instrumentos de medida:

Se recogen variables sociodemográficas y clínicas (complejidad, dependencia, riesgo social, características definitorias, factores relacionados y de riesgo relacionados con el duelo). El riesgo social se determinó mediante la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, una escala orientada específicamente hacia la valoración del anciano (13). Para determinar el riesgo, esta escala valora 25 ítems divididos en 5 categorías: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

Análisis de datos:

La descripción de variables nominales se realizó empleando las frecuencias de sus categorías y las escalares con media(DE) o mediana(P5-P95) según su distribución. El análisis bivariante, con prueba Chi-Cuadrado y V-Cramer para evaluar tamaño del efecto. Todas las pruebas bilaterales a niveles de significación $\alpha < 0,05$ con ayuda del SPSS 25.0.

El riesgo social se determinó mediante la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, una escala orientada específicamente hacia la valoración del anciano. Para determinar el riesgo, esta escala valora 25 ítems divididos en 5 categorías: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

Recogida de datos:

Se solicitaron oficialmente los registros de las historias clínicas al Servicio de Tecnologías de la Información del Servicio Canario de la Salud.

Consideraciones éticas:

La explotación de datos facilitada se presenta anonimizada con codificación alfanumérica, haciendo imposible la identificación de los sujetos a estudio, por lo que se respeta el principio de confidencialidad y la protección de datos de carácter personal. No fue necesaria la presentación del proyecto al Comité Ético correspondiente al no tratarse de un diseño experimental ni realizarse ningún tipo de intervención.

Cuando se registra más de un tipo de duelo, para la asignación a grupo de estudio, se aplica la regla *Duelo < Riesgo de Duelo Complicado < Duelo Complicado*.

RESULTADOS

En el periodo a estudio se identificaron 2.252 dolientes. La mayoría mujeres (77% n=1735) y mayores de 65 años (81,1% n=1827). Duelo Normal 79% (n=1.779);

Duelo Complicado 12,5% (n=281) y Riesgo de Duelo Complicado 8,5% (n=192).

La mayoría de los dolientes se localizaron en el Área de Salud de Tenerife, que concentró más del 60% (n=1371). El Área de Salud con mayor prevalencia de Duelo Complicado fue Tenerife (13,3%). Le sigue La Palma, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura (12%) y La Gomera (7,4%). Destaca que en el periodo a estudio no se identificó ningún Duelo Complicado en El Hierro. La edad de los dolientes no es homogénea en toda la comunidad autónoma, destacando la diferencia de edad de Gran Canaria, con 73(13,7) años, respecto al resto de islas. Las características de la población se muestran en la tabla 1.

El 26,3% (n=593) del total de pacientes diagnosticados de Duelo, Duelo Complicado o Riesgo de Duelo Complicado en el periodo a estudio son personas frágiles o dependientes. Gran Canaria (36,5%) y Lanzarote (18,5%) son las islas con mayor fragilidad o dependencia relativa. La prevalencia de Duelo Complicado es mayor en los pacientes frágiles o dependientes (15,2% n=90) que en los autónomos (11,5% n=191) (p=0,020), aunque no se evidencian asociaciones de magnitudes moderadas o relativamente fuertes (V de Cramer: 0,05).

Tabla 1. Características de la muestra por Área de Salud

	% n=2.252	EDAD	DC	SEXO		FRÁGIL O DEPENDIENTE
				MUJER	HOMBRE	
FUERTEVENTURA	3,1 %	66,7	11,6 %	87,0 %	13,0 %	23,2 %
LANZAROTE	4,9 %	66,4	9,0 %	73,0 %	27,0 %	27,9 %
GRAN CANARIA	25,7 %	73,0	11,8 %	74,9 %	25,1 %	36,5 %
PROV LPGC	33,7 %	71,5	11,0 %	75,7 %	24,3 %	34,0 %
EL HIERRO	0,3 %	66,0	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %
LA GOMERA	1,2 %	66,3	7,4 %	70,4 %	29,6 %	18,5 %
LA PALMA	4,0 %	68,2	12,2 %	72,2 %	27,8 %	24,4 %
TENERIFE	60,9 %	67,3	13,3 %	78,3 %	21,7 %	22,5 %
PROV SC TFE	66,4 %	67,3	13,0 %	77,7 %	23,3 %	22,4 %

El 31,4% (n=707) de los pacientes fue clasificado como de media o alta complejidad, con una distribución homogénea entre las dos provincias. La prevalencia de Duelo Complicado en estos pacientes es mayor (13,9%) que en pacientes sin complejidad (11,8%), aunque no presentó significación estadística (tabla 2).

El 2,6% (n=267) se identificó en riesgo social intermedio (2,4%) o elevado (0,2%) mediante la Escala Sociofamiliar de Gijón. En estos pacientes la prevalencia de Duelo Complicado es del 24,1% (p=0,006; V de Cramer: 0,1) (tabla 2).

En uno de cada diez dolientes (11% n=248) se registra al menos una característica definitoria; en el 6,9% (n=133) dos y en un 2,7% (n=60) tres. En el 12,3%

(n=278) se registró al menos un factor relacionado o de riesgo. Las características definitorias, factores relacionados o de riesgo identificados en más del 5% de este subgrupo de pacientes (11% n=248) se presentan en la tabla 3. En el Duelo Normal, se identifica significativamente más "Muerte de persona significativa" en personas autónomas mientras que "Mantener una conexión con el fallecido" y "Sufrimiento" se presentan más en personas frágiles o dependientes. En el Duelo Complicado, "Muerte de persona significativa", "Depresión", "Sufrimiento por la separación" y "Añoranza" se identifican significativamente más en pacientes frágiles. Más del 90% de los registros de estos elementos diagnósticos son registrados en la isla de Gran Canaria.

Tabla 2. Prevalencia de Duelo Complicado por sexo, edad, complejidad y fragilidad o dependencia.

		DUELO COMPLICADO
		%
SEXO	MUJER	13,0 %
	HOMBRE	10,6 %
EDAD-RANGO	20-39	9,7 %
	40-64	11,6 %
	>65	12,9 %
COMPLEJIDAD	No	11,8 %
	Media/Alta	13,9 %
FRAGILIDAD O DEPENDENCIA	No	11,5 %
	Sí	15,2 %
RIESGO SOCIAL	No	12,2 %
	Sí	24,1 %

*El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05

No se evidencian asociaciones de magnitudes moderadas o relativamente fuertes mediante la prueba V de Cramer.

Tabla 3. Pacientes con registro de características definitorias, factores relacionados o de riesgo y fragilidad/dependencia. Elaboración propia.

DUELO		Total CD n=212 - FR n=222 %	AUTÓNOMO CD n=135 - FR n=141 %	FRÁGIL CD n=77 - FR n=81 %	P
FR	FR_00136_Muerte de persona significativa	87,4 %	86,5 %	88,9 %	<0,001*
	FR_00136_Anticipación de la pérdida de personas significativas	8,6 %	8,5 %	8,6 %	
CD	CD_00136_Sufrimiento.	46,2 %	45,2 %	48,1 %	0,009*
	CD_00136_Mantener una conexión con el fallecido	17,5 %	16,3 %	19,5 %	0,048*
	CD_00136_Dolor.	33,0 %	34,1 %	31,2 %	>0,05
	CD_00136_Alteración en el nivel de actividad	19,8 %	20,0 %	19,5 %	
	CD_00136_Alteración en el patrón de sueño	13,2 %	14,1 %	11,7 %	
	CD_00136_Cambios en el patrón de sueño	12,7 %	14,8 %	9,1 %	
	CD_00136_Distrés psicológico.	10,4 %	9,6 %	11,7 %	
CD_00136_Búsqueda de significado de la pérdida.	9,9 %	9,6 %	10,4 %		
DUELO COMPLICADO		Total CD n=36 - FR n=32 %	AUTÓNOMO CD n=22 - FR n=19 %	FRÁGIL CD n=14 - FR n=13 %	P
FR	FR_00135_Muerte de persona significativa	84,4 %	78,9 %	92,3 %	0,032*
	FR_00135_Alteración emocional	31,3 %	36,8 %	23,1 %	>0,05
	FR_00135_Muerte súbita de una persona significativa.	15,6 %	21,1 %	7,7 %	
	FR_00135_Apoyo social insuficiente	6,3 %	5,3 %	7,7 %	
CD	CD_00135_Depresión.	58,3 %	45,5 %	78,6 %	0,006*
	CD_00135_Sufrimiento por la separación	19,4 %	13,6 %	28,6 %	0,04*
	CD_00135_Añoranza.	5,6 %	0,0 %	14,3 %	0,018*
	CD_00135_Anhelo de la persona fallecida	47,2 %	59,1 %	28,6 %	>0,05
	CD_00135_Ansiedad	30,6 %	36,4 %	21,4 %	
	CD_00135_Sentimiento de vacío	25,0 %	22,7 %	28,6 %	
	CD_00135_Alteración de las actividades de la vida diaria.	11,1 %	9,1 %	14,3 %	
	CD_00135_Alteración de las actividades de la vida diaria	11,1 %	9,1 %	14,3 %	
	CD_00135_Expresa sentimientos de pena por la persona fallecida.	8,3 %	4,5 %	14,3 %	
	CD_00135_Disminución en el desempeño de los roles vitales.	8,3 %	9,1 %	7,1 %	
	CD_00135_Sufrimiento por la separación.	8,3 %	0,0 %	21,4 %	
	CD_00135_Distrés traumático	5,6 %	9,1 %	0,0 %	
	CD_00135_Búsqueda de la persona fallecida.	5,6 %	9,1 %	0,0 %	
	CD_00135_Persistentes recuerdos dolorosos	5,6 %	9,1 %	0,0 %	
CD_00135_No aceptación de la muerte	5,6 %	4,5 %	7,1 %		
RIESGO DE DUELO COMPLICADO		Total FR n=24 %	AUTÓNOMO FR n=18 %	FRÁGIL FR n=6 %	
FR	FR_00172_Muerte de una persona significativa.	100,0 %	100,0 %	100,0 %	>0,05
	FR_00172_Alteración emocional	83,3 %	22,2 %	16,7 %	

*El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05

No se evidencian asociaciones de magnitudes moderadas o relativamente fuertes mediante la prueba V de Cramer

FR: Factor relacionado o de Riesgo (en RDC); CD: Característica Definitoria

DISCUSIÓN

En la literatura no existe consenso acerca de la prevalencia del duelo complicado. Se suele estimar que entre un 2,5% y un 20% de los dolientes sufre complicaciones y hasta el 40% se encuentran en riesgo moderado o alto (14). Estas diferencias se deben fundamentalmente al entorno sociocultural de la pérdida, las características de la muerte, la edad, el género, la vulnerabilidad previa del doliente o la capacidad de darle significado (15-18). Salvo en dolientes con riesgo social, la prevalencia del duelo no adaptado en este estudio se sitúa dentro de los márgenes encontrados en la bibliografía. La presencia de duelo complicado es más baja que en estudios anteriores realizados en el mismo contexto, donde se situaba alrededor del 27%(19). Es necesario evaluar este llamativo descenso, probablemente asociado a un cambio en la dinámica de registro de las enfermeras de Atención Primaria en la comunidad a estudio.

Los resultados de la investigación muestran que los pacientes dependientes sufren más complicaciones en el duelo que los autónomos. Esto parece lógico, pues las personas con enfermedades crónicas experimentan un sufrimiento multidimensional que se correlaciona con factores como la soledad, patologías de tipo neurológico o escasos ingresos. La fragilidad previa es considerada como un factor predictor de complicaciones en la elaboración del duelo, algo que se ha estudiado especialmente en pacientes con problemas de salud mental

Los resultados de la investigación muestran que los pacientes dependientes sufren más complicaciones en el duelo que los autónomos. Esto parece lógico, pues las personas con enfermedades crónicas experimentan un sufrimiento multidimensional que se correlaciona con factores como la soledad, patologías de tipo neurológico o escasos ingresos (20). La fragilidad previa es considerada como un factor predictor de complicaciones en la elaboración del duelo, algo que se ha estudiado especialmente en pacientes con problemas de salud mental (21).

El 36,4% de la población residente en Canarias durante 2018 se encontraba en situación de riesgo de pobreza o exclusión social, según la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2019). De acuerdo con el indicador europeo AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion), Canarias presenta una tasa de riesgo de pobreza o exclusión social por encima de la media nacional (36,4% vs. 26,1%), siendo la tercera comunidad con mayor tasa en todo el territorio español. La dependencia del familiar y los problemas económicos son indicadores de riesgo en la aparición de complicaciones en el duelo (22). El bajo apoyo y la disfunción social se asocia a la aparición de complicaciones en el proceso, algo que se pone de manifiesto en nuestro estudio en los pacientes con riesgo social intermedio o elevado.

La sobrerrepresentación de las mujeres dolientes es algo común en la bibliografía consultada. Se han identificado diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de duelo (23), algo que cambia en función de la población a estudio. Aunque no hay resultados unánimes en la literatura, la reciente revisión de Parro-Jiménez no reporta diferencias significativas por sexo (24). Los autores de este artículo han reflexionado ampliamente al respecto (25), siendo necesarios nuevos estudios que eviten este sesgo de selección, además de estudios realizados específicamente en hombres, como

el planteado por Creighton en varones jóvenes (26). Parece necesario centrarse más en los estilos de afrontamiento y en el contexto del doliente, así como en las cargas asociadas a roles tradicionalmente femeninos.

Las características definitorias, factores relacionados y de riesgo de los diagnósticos enfermeros de duelo son un elemento fundamental para la precisión diagnóstica. Su escaso registro coincide con estudios anteriores, como el análisis publicado recientemente acerca de la utilización de la historia clínica electrónica en Canarias, que determina el registro limitado de estos elementos diagnósticos (4,5%). En dicho análisis se identificaron diferencias entre las distintas áreas de salud de Canarias, similares a las halladas en este estudio. Parece que *“la Provincia de Las Palmas de Gran Canaria apuesta más por una valoración integral de la persona que la de Santa Cruz de Tenerife, más localizada o de cribaje”*(27). Esto puede estar relacionado con la formación y el apoyo metodológico que reciben que no sigue un modelo común. Por ejemplo, en el Área de Salud de Tenerife la formación consiste en talleres, sesiones clínicas e interconsultas de seis a ocho semanas de duración a cargo de una enfermera consultora experta (28), mientras que en Gran Canaria el peso de la formación cae en las enfermeras de enlace o gestoras de casos.

Aunque el número de casos es escaso y no se puede extrapolar su análisis a todos los dolientes, se abre una línea interesante al evidenciar que las personas frágiles y dependientes sufren, añoran más y desean mantener una conexión con el ser querido fallecido. Además, este deseo de conexión, se presenta más en estos pacientes que en nuestro estudio anterior realizado en el mismo contexto durante los años 2009 y 2014(29).

La relación entre trastornos depresivos y el duelo ha sido ampliamente documentada. Se estima que la sintomatología depresiva y el Duelo Prolongado coexisten en alrededor del 35% de las personas con

complicaciones en el duelo (30). Es llamativo que en casi nueve de cada diez pacientes frágiles con duelo complicado se identifique como característica definitoria la “depresión”. Este problema, conjuntamente con la ansiedad, el insomnio y los problemas cardiovasculares, se presenta más en pacientes con duelo complicado, especialmente en aquellos con más de un año transcurrido después de la pérdida (31). La prevalencia de depresión en este grupo está muy por encima a la de población general en personas de más de 15 años en Canarias, que se sitúa alrededor del 10% (32).

CONCLUSIONES

En Canarias, las personas frágiles y dependientes tienen una mayor prevalencia de duelo inadecuado que las personas autónomas. Esta diferencia, especialmente alta entre los pacientes con riesgo social, parece poner de manifiesto la necesidad de aumentar los sistemas de apoyo de estas personas. Es necesario seguir estudiando en este campo. A través de la epidemiología del cuidado se debe seguir investigando acerca de las necesidades de los pacientes previamente frágiles, especialmente las relacionadas con la esfera psicosocial.

LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio es su diseño retrospectivo, realizado con registros de la historia clínica y no con una valoración directa y longitudinal del doliente. Además, tal y como refiere Patricia Yi en su tesis doctoral (33), se ha demostrado que la prevalencia del duelo complicado varía en función del uso de herramientas para su diagnóstico y el módulo de metodología enfermera de la historia clínica electrónica en Atención Primaria en Canarias no dispone de escalas o test validados que abordan específicamente el duelo. Por otro lado, faltan variables clave para interpretar

la prevalencia del duelo complicado, especialmente las relacionadas con las características de la pérdida. Por ejemplo, se estima que casi la mitad de los adultos que sufren pérdidas “no naturales” (accidentes, desastres naturales, suicidios...) padecen

duelo prolongado (34). Por último, en estudios futuros sería deseable trabajar con las diferentes dimensiones de la Escala Sociofamiliar de Gijón, no solo su puntuación final, así como categorizar la fragilidad y dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M. Correction: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*. 2013 10(12): 10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea. <https://doi.org/10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea>
- 2 Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual review of clinical psychology*, 2021. 17: 109–126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- 3 García-Hernández AM. Duelo Adaptativo, No Adaptativo y Continuidad de Vínculos. *Ene*. 2021. 15(1). Consultado de <http://ene-enfermeria.org>
- 4 Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2021-23*. 12 Edition. NANDA International, Inc. 2021.
- 5 Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de Duelo Complicado. *Psicosonología*, 2008; 5(2-3):383-400.
- 6 Johnson JG, Vanderwerker LC, Bornstein RF, Zhang B, Prigerson HG. Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons. *J Psychopathol Behav Assess* 2006; 28: 1–10
- 7 Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Weidman R, Azim HF. Ambivalence and other relationship predictors of grief in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001; 189: 781–787
- 8 Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 2017;212:138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- 9 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos 3: LIMITACIÓN Y DISCAPACIDAD. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.
- 10 Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida / Resultados principales. Canarias. 2013-2019
- 11 Servicio Canario de Salud. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Actualización 2017.
- 12 Elizabeth A, Lobb-Linda J, Kristjanson-Samar M, Leanne-Monterososso A, Georgia K, Halkett. AD. Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies, *Death Studies*, 2010; 34(8): 673-698, DOI: 10.1080/07481187.2010.496686
- 13 Díaz-Palacios ME, Domínguez-Puente O, Toyos-García G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1994; 29(4):239-245
- 14 Aoun SM, Breen LJ, Howting DA, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLoS One*. 2015 Mar 26;10(3):e0121101. doi: 10.1371/journal.pone.0121101. PMID: 25811912; PMCID: PMC4374848.
- 15 Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):339-43. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032. Epub 2011 Jan 8. PMID: 21216470.
- 16 McSpedden M, Mullan B, Sharpe L, Breen LJ, Lobb EA. The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Stud*. 2017 Feb;41(2):112-117. doi: 10.1080/07481187.2016.1210696. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27573073.
- 17 Currier J, Holland J, Coleman R, Neimeyer RA. Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. *The Journal of Death and Dying*. Enero 2008; 53(3): 175-191.

- 18 Milman E, Neimeyer RA, Fitzpatrick M, MacKinnon CJ, Muis KR, Cohen SR. Prolonged grief and the disruption of meaning: Establishing a mediation model. *J Couns Psychol*. 2019 Nov;66(6):714-725. doi: 10.1037/cou0000370. PMID: 31647284.
- 19 Rodríguez-Álvaro M, García-Hernández AM, Brito-Brito PR, Aguirre-Jaime A, Fernández-Gutiérrez DÁ. Bereavement care interventions and outcome criteria planned by community nurses in the Canary Islands. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2018 Feb 19;S1130-8621(17)30194-8. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.11.005. Epub ahead of print. PMID: 29472159. *Enferm Clin*. 2018.
- 20 Batista SMLP, Martins RML. Suffering-associated factors in chronic disease in hospitalised patients in Portugal. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021 May-Jun;31(3):135-147. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.12.043. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33745808.
- 21 Macias C, Jones D, Harvey J, Barreira P, Harding C, Rodican C. Bereavement in the context of serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2004 Apr;55(4):421-6. doi: 10.1176/appi.ps.55.4.421. PMID: 15067155; PMCID: PMC2759894.
- 22 Yi P, Barreto P, Soler C, Fombuena M, Espinar V, Pascual L, Navarro R, González R., Bernabeu J, Suárez J. Grief support provided to caregivers of palliative care patients in Spain. *Palliative medicine*, 2006; 20(5), 521–531. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm1165oa>
- 23 Lundorff M, Bonanno GA, Johannsen M, O'Connor M. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *J Psychiatr Res*. 2020 Oct;129:168-175. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.06.030. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32739617.
- 24 Parro-Jiménez E, Morán N, Gesteira C, Sanz J, García-Vera MP. Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 2021; 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- 25 Rodríguez-Álvaro M. Epidemiología Enfermera del Duelo en Canarias. *Cuidar*, 2020; 0(1). Consultado de www.ene-enfermeria.org
- 26 Creighton G, Oliffe JL, Butterwick S, Saewyc E. After the death of a friend: young men's grief and masculine identities. *Soc Sci Med*. 2013 May;84:35-43. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.022. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23517702; PMCID: PMC4760764.
- 27 Medina-Pérez M, Barrios-Torres R, Cabeza-Mora A, Guillén-Toledano M, González-Silva S, Estupiñán-Ramírez M, Grupo Metodología Enfermera Dirección General de Programas Asistenciales. Utilización del Proceso Enfermero en Atención Primaria en Canarias. *Ene*, 2020 15(1). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1132>
- 28 Brito-Brito PR. Armas-Felipe JM. Crespo-Gómez A. Aguirre-Jaime A. Impacto del programa de formación y asesoramiento en metodología enfermera: "cuidarte". *Metas de Enfermería*, 2011; 14(3):8-14
- 29 Rodríguez-Álvaro M, Brito-Brito PR, García-Hernández AM, Aguirre-Jaime A, Fernandez-Gutierrez DA. The Grieving Nursing Diagnoses in the Primary Healthcare Setting. *Int J Nurs Knowl*. 2019 Jan;30(1):34-42. doi: 10.1111/2047-3095.12202. Epub 2018 Jan 23. PMID: 29360242.
- 30 Kokou-Kpolou CK, Park S, Lenferink LIM, Iorfa SK, Fernández-Alcántara M, Derivois D, Cénat JM. Prolonged grief and depression: A latent class analysis. *Psychiatry Res*. 2021 May;299:113864. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113864. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33756206.
- 31 Rodríguez-Álvaro M. Impacto del Duelo Complicado. Una lectura a través del Lenguaje del Cuidado. *Ene*, 2019; 13(3). Consultado de www.ene-enfermeria.org
- 32 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2019/p04/&file=pcaxis>
- 33 Yi P. Duelo: Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia. 2016. Recuperado a partir de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1198926>
- 34 Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord*. 2020 Mar 15;265:146-156. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.034. Epub 2020 Jan 13. PMID: 3209073