

Evaluación de una escala de medición del duelo complicado desde el Trabajo Social

Autores:

Amador García, Pedro Iván

García Alonso, Noemi

Rivero Mesa, Gisela Candelaria

Tutor:

Hernández Hernández, Manuel

Cotutora:

Abreu Velázquez, María Concepción

Grado en Trabajo Social

Junio 2022

Resumen

El duelo complicado es un fenómeno que afecta entre un 10% y un 15% de la población (Fernández-Alcántara et al., 2014), por lo que, poder detectarlo y prevenir su aparición es fundamental para la calidad de vida. El objetivo del presente estudio es determinar la utilidad de una escala de detección del duelo complicado de elaboración propia. Dicha escala detecta el riesgo de duelo complicado a raíz de la pérdida o detecta el riesgo existente previo a la pérdida según las puntuaciones en factores de riesgo, en base a los Factores de protección y factores de riesgo de padecer duelo complicado existentes y teorizados por diversos autores: Melliar-Smith, (2002), Twycross, (2003), Ellifit, Nelson y Walsh, (2003), Stroebe et al (2006), Barreto, Yi y Soler, (2008), Barreto, De la Torre y Pérez-Martín, (2012).

Para ello, se administra una escala de 19 ítems que contempla 5 factores: factores personales y relativos al vínculo (con la persona fallecida); características de la enfermedad o la muerte; aspectos relacionales (relaciones entre amistades y familia) y duelos previos no resueltos o pérdidas múltiples; factores familiares; emocionales y psicológicos. Se determinó la incidencia de duelo complicado en la muestra y se compararon los resultados de la escala con las variables sociodemográficas: género, nivel de estudios, edad, edad de la persona fallecida, provincia, ser cuidador principal de la persona fallecida o no y motivo por el que se produjo el fallecimiento.

Por otra parte, cabe destacar la participación de 157 sujetos. En cuanto a los resultados obtenidos se observa que los factores emocionales y psicológicos son los que más relevancia tienen en la muestra estudiada. En particular, se constata que los sujetos de la muestra puntúan alto en la pregunta relativa a cuadros de ansiedad, estrés y depresión. Además, existen diferencias entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las más afectadas por el duelo complicado.

En cuanto a los resultados totales, de los 157 individuos de la muestra 142 muestran ausencia de duelo complicado frente a 15 que muestran indicadores de duelo complicado, siendo 11 mujeres.

Palabras Clave: duelo complicado, duelo patológico, factores de riesgo, factores de protección, escala de detección, fallecimiento, aceptación del fallecimiento.

Abstract

Complicated grief is a phenomenon that affects between 10% and 15% of the population (Fernández-Alcántara et al., 2014), so being able to detect and prevent its occurrence is essential for quality of life. The aim of this study is to determine the usefulness of a self-developed scale for detecting complicated grief. This scale detects the risk of complicated grief following the loss or detects the existing risk prior to the loss according to the scores in risk factors, based on the existing protective factors and risk factors for complicated grief theorized by various authors: Melliar-Smith, (2002), Twycross, (2003), Ellifit, Nelson and Walsh, (2003), Stroebe et al (2006), Barreto, Yi and Soler, (2008), Barreto, De la Torre and Pérez-Martín, (2012).

For this purpose, a 19-item scale is administered that considers 5 factors: personal and bonding factors (with the deceased); characteristics of the illness or death; relational aspects (relationships between friends and family) and previous unresolved grief or multiple losses; family factors; emotional and psychological factors. The incidence of complicated bereavement in the sample was determined and the results of the scale were compared with the socio-demographic variables: gender, level of education, age, age of the deceased, province, being the main caregiver of the deceased or not, and the reason for the death.

On the other hand, it is worth highlighting the participation of 157 subjects. The results obtained show that emotional and psychological factors are the most relevant in the sample studied. In particular, it was found that the subjects in the sample scored high on the question relating to anxiety, stress and depression. Moreover, there are differences between men and women, the latter being more affected by complicated bereavement.

As for the total results, of the 157 individuals in the sample, 142 show an absence of complicated grief compared to 15 who show indicators of complicated grief, 11 of whom are women.

Keywords: complicated grief, pathological grief, risk factors, protective factors, screening scale, bereavement, bereavement acceptance.

Índice

1. Marco teórico	3
1.1 Conceptos y definiciones de duelo	3
1.2 Causas y factores de riesgo	9
1.3 Consecuencias del duelo complicado	18
1.4 Factores de protección	19
1.5 Escalas validadas para detectar el duelo complicado	22
2. Objetivos	26
2.1 Objetivo general	26
2.2 Objetivos específicos	26
3. Método	27
3.1 Participantes	27
3.2 Instrumentos	27
3.3 Procedimiento	31
3.4 Diseño	31
4. Resultados	32
6. Conclusiones	56
7. Referencias bibliográficas	59
Anexos	64
Anexo I: Datos socio demográficos utilizados	64

Introducción

El presente Trabajo tiene como objetivo determinar la utilidad de una escala de detección de duelo complicado de elaboración propia, debido a que históricamente es un fenómeno complejo que puede afectar entre el 10% y 15% de la población. (Fernández-Alcántara et al., 2014) El duelo complicado actualmente se encuentra en un debate terminológico y puede aparecer mencionado como “duelo patológico” o “Trastorno por Duelo del Complejo Persistente”. Sí que existe acerca del fenómeno un consenso teórico en cuanto a sus factores de riesgo y protección.

Pese a este consenso, las escalas existentes son muy específicas para sectores de la población con una circunstancia concreta, por ejemplo: familiares de pacientes en cuidados paliativos o familiares de cuidadores de personas en demencia y personas que ya estén pasando por el proceso de duelo complicado pero no van dirigidas a otras casuísticas como población general o prevención del riesgo de duelo complicado antes de que aparezca la pérdida.

Por otro lado, se ha llevado a cabo el desarrollo de una escala de elaboración propia que tenga en cuenta la información actualizada de los factores de detección, incida en los factores sociales y cuente con la perspectiva del Trabajo Social. Dado que tener una escala que permita hacer una primera valoración de la problemática, va a orientar la intervención y afinar la prevención. También, es necesario contar con una escala inicial que tenga pocos ítems y su administración sea rápida y fácil de interpretar dado que facilita el trabajo de los y las profesionales.

La finalidad de este trabajo es realizar el primer pilotaje de la escala y determinar la utilidad de esta escala en población general, establecer los puntos fuertes y débiles de la escala, así como conocer qué factores de riesgo están afectando más a la población.

Así pues, los apartados que engloba este trabajo son, en primer lugar, el marco teórico, en el que se trata sobre el concepto del duelo normal y del duelo complicado así como sus tipologías. También, se detallan las causas, factores de riesgo y protección presentes en dicho proceso y la intervención que se realiza en el mismo. Se definen los objetivos tanto el objetivo general como los específicos. El siguiente apartado recoge la metodología utilizada, en la que se contemplan los participantes, instrumentos utilizados, el diseño y el procedimiento de la propia investigación. Luego, en el apartado de resultados, se describen en profundidad los datos obtenidos y se hace un análisis por preguntas, factores y variables sociodemográficas. Finalmente, en el apartado de discusión y conclusiones se interpretan estos resultados y se contrastan con el marco teórico, destacando los aspectos más relevantes del trabajo y proponiendo mejoras en la escala basadas en los resultados obtenidos.

1. Marco teórico

En el presente apartado se van a abordar los conceptos de duelo complicado, el proceso de duelo complicado, la tipología de factores de riesgo, los factores de protección, la intervención con duelo complicado y finalmente, escalas validadas que miden el duelo complicado.

Así mismo, el duelo complicado no se comprende sin primero entender el concepto de este, dado que el duelo complicado es una patología donde los síntomas de duelo se agudizan y cronifican.

1.1 Conceptos y definiciones de duelo

Existen diversas definiciones de duelo normativo en la bibliografía existente. Es complicado entender el duelo complicado si primero no se conoce lo que es el duelo. Y es que "El duelo es un proceso personal de adaptación a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa, real o percibida, con un amplio abanico de manifestaciones que producen un impacto en la salud del doliente" (Martín, 2017, p.4).

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013) define el duelo como una reacción normal ante el fallecimiento de un ser querido. De hecho, como parte de la reacción de una persona ante la muerte de otra querida, algunas muestran síntomas que se encuentran dentro de un episodio de "depresión mayor", como puede ser: el sentimiento de tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso a raíz de los síntomas anteriores.

Cabe destacar que una persona en proceso de duelo suele creer que su ánimo deprimido es normal, por la situación vivida y si bien la misma puede buscar apoyo por parte de un

profesional, la duración y declaración de un duelo denominado normal es diferente si consideramos la multiculturalidad. Existen variaciones considerables en la duración y la expresión del duelo normal entre comunidades (American Psychiatric Association, 2013).

Del mismo modo, en el estudio de Burke y Neimeyer (2013) el duelo también se entiende como una respuesta natural a la muerte de un ser querido, ya que la mayoría de las personas pasarán por este trance en algún momento de su vida. Pero lo cierto es que las investigaciones exponen que la manera de afrontar la pérdida es vivida de forma particular por cada individuo, pese a que existan ciertas regularidades y elementos comunes en el proceso. Las personas pueden responder conforme a estos tres modos de respuesta; experimentando un leve malestar psicológico, otras pueden tener un duelo agudo durante uno o dos años, mientras que otras un duelo severo, afectando de manera grave a la actividad de la vida diaria de esa persona y, en ocasiones, una situación de duelo complicado o trastorno del duelo complicado puede ser mortal si se prolonga mucho en el tiempo (Burke y Neimeyer, 2013; Rando, 2013). El cual es una forma de duelo perjudicial, que se genera por una mala gestión del proceso de recuperación. Se utiliza el término “complicado” en el campo de la medicina, también aceptado en la Psicología y el Trabajo Social para hacer referencia al proceso del duelo que se prolonga en el tiempo y se agravan sus síntomas, haciendo así que este empeore notablemente. El resultado es un retraso en la asimilación de la situación y un aumento del sufrimiento, que se produce por ciertos factores que influyen en la respuesta del individuo provocando su devastación durante el duelo, interfiriendo en el aprendizaje y evitando que progrese en el proceso natural de asimilación (Shear, 2012).

El individuo puede quedar anclado en el pasado, de hecho, algunos síntomas de este anclaje son: la rabia, la ira, la tristeza o la culpa. Según el DSM V (American Psychiatric

Association, 2013). estos síntomas son los siguientes: Nostalgia por lo que se ha perdido, un gran dolor ocasionado por el distanciamiento, preocupación por la persona fallecida, preocupación por las condiciones del fallecimiento, gran complicación para aceptar el fallecimiento, desconcierto, confusión a la hora de recordar de manera positiva a la persona fallecida e intranquilidad. Y es que, en estos casos, la persona que está pasando el duelo puede que se prive de sentir emociones positivas, ya que en el momento que es consciente, la invade la tristeza por haber perdido a ese ser querido. Estos síntomas también pueden aparecer en algún momento en el duelo normal, la diferencia está en la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas (Prigerson et al., 1995; Barreto, Yi y Soler, 2008; Barreto, De la Torre y Pérez-Martín, 2012).

Además, con frecuencia las personas que atraviesan este tipo de duelo están constantemente preocupadas o con pensamientos que se repiten de manera asidua, preguntándose qué será de su vida si el fallecido/a, ya no está con él o ella y qué podría haber hecho para cambiar su situación actual (Prigerson et al., 1995). Lo que diferencia un duelo normal de uno prolongado, es la intensidad y la duración del afrontamiento que tiene la persona. De hecho, existen varios tipos de duelo:

- **Duelo anticipado:** Señala las etapas anticipadoras del duelo que hace más fácil la separación emocional incluso antes de que se produzca el fallecimiento. Esta situación, no solo la viven los familiares, si no que las personas enfermas conscientes de su situación también pueden pasar por el proceso.

Ser consciente de la situación, ayuda a los seres queridos a tomar consciencia de lo que ocurre, poner de manifiesto sus estados de ánimo y preparar el tiempo frente a la muerte. Mientras que la persona afectada por la enfermedad podrá compartir lo que siente y prepararse para la despedida (Brusco, 1997 citado en Catalán et al., 2018).

Además, este tipo de duelo no disminuye el dolor que generará la pérdida, pero ayuda a concienciarse ante el suceso y evita el abuso de los recursos personales del doliente. Y si bien es cierto que puede ser de gran ayuda esto también puede derivar en el abandono del enfermo (Castillo et al., 2021).

- **Duelo retardado:** Se da en las personas que, en la fase inicial de luto, creen mantener el control de la situación, sin mostrar evidencias previas de dolor. A veces por estar enfocada en las necesidades de la familia, derivadas del momento, impidiendo de este modo pensar en sí mismas (Brusco, 1997 citado en Catalán et al., 2018) o porque se ha bloqueado antes de que se diera la condición de luto, por el impacto que genera el proceso de aceptación de la pérdida en el/la afectado/a o porque no ha sido capaz de asimilar el fallecimiento en el momento en el que sucedió.

El hecho de que la sintomatología aparezca de forma tardía implica que pueda provocar confusión en los y las profesionales los cuales pueden hacer un diagnóstico erróneo de depresión. Así mismo, durante este periodo de manifestación de los indicios de la problemática se pierden las principales figuras de apoyo debido a que la persona en cuestión no manifestó síntomas en el momento del fallecimiento, lo que ocasiona posteriormente que estas señales de duelo empiecen a aparecer y a afectar en la vida diaria de el/la paciente, haciendo que el/la misma pierda figuras de apoyo por este mismo hecho debido a la sintomatología que provoca el duelo retardado y que no es visible para el resto (Castillo et al, 2021).

- **Duelo crónico:** Puede durar años. En este caso se está constantemente recordando a la persona fallecida y no se tiene la capacidad de volver a la rutina y vida social, antes de que su ser querido falleciera. Si el sujeto vive recordando el pasado, no tiene

tiempo para centrarse en su presente, ya que realmente está enfocado en una relación con alguien que ya no existe. Por este motivo, el dolor no disminuye con el tiempo, sino que termina por contaminar por completo la existencia de quien lo experimenta, hasta el punto de mostrar insatisfacción. Por ejemplo, se deja de atender a las relaciones personales por la pérdida, deja de atender sus obligaciones debido al duelo y puede mostrarse insatisfecho/a o incompleto/a con su vida o sus logros debido a que su ser querido no está presente. (Brusco, 1997 citado en Catalán et al., 2018).

- **Duelo patológico:** Dolor prolongado que se manifiesta en el agotamiento nervioso, en situaciones hipocondríacas de identificación con la persona que ha fallecido (pensar en la propia muerte o experimentar las mismas dolencias que presentaba el ser querido durante su enfermedad) o en la dependencia a algunas sustancias, normalmente farmacológicas e incluso se puede dar una posible adicción a estos fármacos. Esta condición hace que se vea superada/o por la pérdida de su ser querido y que su emocionalidad se desestabilice (Brusco, 1997 citado en Catalán et al., 2018).
- **Duelo exagerado:** La persona doliente presenta síntomas característicos del duelo, pero en este caso de una forma más intensa, de hecho, excesiva, lo cual tiene consecuencias incapacitantes para él o ella. Los síntomas más comunes tienden a ser depresivos y ansiosos (Worden, 2013).
- **Duelo enmascarado:** En este duelo el sujeto no considera que los síntomas se deban a la pérdida del ser querido. Estos se presentan tanto con síntomas físicos como con conductas desadaptativas en el día a día (Worden, 2013).

Como se muestra en este apartado, existen muchas definiciones de duelo, duelo complicado y conceptos alrededor de estas definiciones, el DSM-5 propone establecer una categoría diagnóstica específica llamada Trastorno por Duelo Complejo Persistente haciendo referencia al duelo complicado debido a que en el mundo científico aún es un concepto que su nomenclatura está sujeta a debate. Se podrá determinar el Trastorno por Duelo Complejo Persistente mediante la presencia de ciertos aspectos: síntomas semejantes a los de una depresión mayor, como sentimientos de tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. También, la asimilación por parte de la persona de un estado de ánimo deprimido (guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM-5, 2013).

Además, Barreto et al., (2008) y Falagán (2014), exponen otros criterios para tener en cuenta, como son:

- Experimentar el fallecimiento de un ser querido en un tiempo inferior a 12 meses.
- Nostalgia por lo que se ha perdido, un gran dolor ocasionado por el distanciamiento, preocupación por la persona fallecida y preocupación por las condiciones del fallecimiento.
- Desde la muerte de la persona querida ha experimentado una gran dificultad para aceptar el fallecimiento, desconcierto, confusión para recordar de manera positiva a la persona fallecida, valoraciones inadaptadas de uno/a mismo/a en cuanto a la persona fallecida o al fallecimiento, sentimientos de culpa, tristeza o ira o una gran evasión de los recuerdos de la persona fallecida, deseo del superviviente de fallecer e irse con la persona fallecida, dificultad para confiar en otras personas, sentimientos de soledad, sentir que la vida ya no tiene sentido,

desconcierto sobre uno/a mismo/a y sobre su rol en la vida y complicación o evitación para planear próximas metas.

- La intranquilidad influye en el funcionamiento de la persona, ocasionándole un malestar clínico importante o un deterioro social y ocupacional.
- La reacción de duelo de la persona es desmesurada en comparación a normas culturales, religiosas o apropiadas a la edad de la persona afectada.

1.2 Causas y factores de riesgo

Las causas del duelo complicado surgen de distintas emociones que tienen grandes semejanzas con las que se presentan en la depresión. Sin embargo, si es previa al duelo complicado se convierte en un agravante de el mismo.

En cuanto a los factores de riesgo, estos son elementos relacionados al estilo de vida o a la conducta propia de una persona, así como una situación contextual o una cualidad connatural. Con ayuda de los conocimientos epidemiológicos existentes, se sabe que dichos elementos están relacionados a condiciones de salud que se deben de prevenir, ya que incrementan las posibilidades de padecer una enfermedad que puede repercutir en el estado de salud de la persona; factores de vulnerabilidad, socioeconómicos, vinculados a la falta de apoyo social, y situación de la muerte o pérdida. También, en el proceso de recuperación de esta; factores de recuperación como las creencias religiosas y el apoyo social (Barreto et al., 2008).

Así mismo, las autoras Barreto, Yi y Soler (2008) proponen una serie de factores de riesgo utilizados en su investigación sobre predictores del duelo complicado; los factores relativos al vínculo son: intensidad del vínculo, ambivalencia, es decir, la persona presenta sentimientos opuestos en relación con la persona fallecida (por ejemplo: Afecto y rabia). y dependencia

afectiva, la cual se refiere a la necesidad de muestras de cariño extrema y continua. También, los indicadores afectivos: rabia, culpa e incapacidad de expresión de las emociones. Luego, los indicadores de vulnerabilidad psíquica, compuestos por los antecedentes psicopatológicos y duelos anteriores no resueltos. Después, los indicadores contextuales relativos a la enfermedad; la demora diagnóstica, progresión rápida de la enfermedad, conocimiento del pronóstico por el familiar, duración de los cuidados, síntomas sin control durante todo el proceso o durante los últimos días. Por último, las autoras señalan los indicadores familiares : presentar problemas económicos, presencia de niños con discapacidad o dependientes y la falta de apoyo familiar.

Del mismo modo, Barreto, De la Torre y Pérez-Martín (2012) proponen varios factores de riesgo clasificados por categorías. Primero, señalan las características personales compuestas por:

- Juventud o vejez del doliente
- Estrategias de afrontamiento pasivas ante situaciones estresantes
- Enfermedad física o psíquica anterior

Características relacionadas con el fallecido:

- Juventud del fallecido
- Apego o relación ambivalente y dependiente con el fallecido
- Ser padre/madre, esposo/a o hijo/a
- Bajo nivel de desarrollo familiar

Características de la enfermedad o la muerte:

- Muerte repentina o imprevista
- Duración larga de enfermedad

- Muerte incierta o no visualización de la pérdida
- Enfermedad con síntomas sin controlar

Aspectos relacionales:

- Falta de apoyo familiar y social
- Bajo nivel de comunicación con familiares y amigos
- Imposibilidad o incapacidad para expresar la pena y pérdida inaceptable socialmente

Otros aspectos:

- Duelos previos no resueltos
- Pérdidas múltiples
- Crisis concurrentes
- Obligaciones múltiples

De igual manera, Melliar-Smith (2002) propone la siguiente estructura de factores de riesgo de duelo complicado: tipo de muerte, vínculo del cuidador principal con el paciente, duelo anticipado, salud física, emocional y psíquica del cuidador, experiencias vitales traumáticas de los cuidadores, aspectos espirituales, comprensión del cuidador principal de la enfermedad (que se ha hecho y que se está haciendo) y finalmente estancia del paciente en el hospital dado que no es lo mismo una estancia en UCI y de larga duración a una estancia corta en una planta de pacientes convencionales.

En cambio, Twycross (2003) sugiere una estructura diferente de factores de riesgo: modo de la muerte, naturaleza de la relación, duelo anticipado, historia médica, pérdidas previas, crisis concurrentes y apoyo recibido.

Por otra parte, Ellifrit, Nelson y Walsh (2003) realizaron una encuesta a profesionales sanitarios americanos que trabajaban en cuidados paliativos y les solicitaron que eligieran entre una serie de factores de riesgo de duelo complicado los que creían que eran más frecuentes en cuidados paliativos, siendo estos: la percepción del cuidador de falta de apoyo social, antecedentes de abuso de alcohol y drogas del cuidador, escasa habilidad de afrontamiento del cuidador, antecedentes de enfermedades mentales en el cuidador y cuando el paciente es un niño.

Por otro lado, Stroebe et al (2006) diseñaron un marco integrador para la predicción de la adaptación al duelo. En primer lugar, definen los factores para el duelo y los dividen en estresores orientados a la pérdida: traumático (pérdida súbita y sin preparación), tipo de pérdida (hijo/a, esposo/a), pérdidas múltiples concurrentes y calidad de la relación. En segundo lugar, estresores orientados hacia el estrés, problemas laborales/legales, síndrome de *Burnout* debido a la sobrecarga del cuidador o cuidadora, conflictos del día a día y declive económico. En tercer lugar, los factores de riesgo interpersonales y sociales los cuales los definen en: apoyo social y aislamiento, programas de intervención, dinámica familiar, ámbito cultural, práctica religiosa y recursos materiales. En cuarto lugar, factores de riesgo intrapersonales como: estilo de apego/personalidad, estatus socioeconómico, género, creencias religiosas, espirituales y otros sistemas de significado, habilidad intelectual, pérdidas anteriores múltiples o en la infancia, vulnerabilidad predisponente (salud mental, problemas de salud física, fragilidad asociada a la edad, problema con abuso de sustancias). En quinto lugar, define la valoración y el afrontamiento con aspectos como: proceso/mecanismos cognitivo-conductuales y regulación emocional (oscilación). Y finalmente, en sexto lugar, describe los resultados como cambios en: intensidad de la

aflicción, exacerbación relacionada a la pérdida y/o relacionado al estrés, salud psicológica y física, fragilidad cognitiva y desvinculación social.

Tabla 1

Factores de riesgo según autor y año

Factores de riesgo	Autor/es	Año
Tipo de muerte		
Vínculo del cuidador principal con el paciente		
Duelo anticipado		
Salud física, emocional y psíquica del cuidador		
Experiencias vitales traumáticas de los cuidadores	Melliar-Smith	2002
Aspectos espirituales		
Comprensión del cuidador principal de la enfermedad		
Estancia del paciente en el hospital		
Modo de la muerte		
Naturaleza de la relación		
Duelo anticipado		
Historia médica	Twycross	2003
Pérdidas previas		
Crisis concurrentes		

Factores de riesgo	Autor/es	Año
Apoyo recibido		
La percepción del cuidador de falta de apoyo social		
Antecedentes de abuso de alcohol y drogas		
Escasa habilidad de afrontamiento del cuidador	Ellifit, Nelson y Walsh	2003
Antecedentes del cuidador de enfermedades mentales		
Si el paciente es un niño		

Nota. *Factores de riesgo de sufrir duelo complicado en base a diferentes autores.*

Tabla 2

Factores de riesgo y su tipología según autor y año

Factores de riesgo	Tipología	Autor/es	Año
Traumático			
Tipo de pérdida			
Pérdidas múltiples concurrentes	Estresores orientados a la pérdida	Stroebe et al	2006
Calidad de la relación			
Problemas laborales/legales			
Síndrome de burnout debido a la sobrecarga del cuidador o cuidadora	Estresores orientados hacia el estrés	Stroebe et al	2006

Factores de riesgo	Tipología	Autor/es	Año
Conflictos del día a día			
Declive económico			
Apoyo social y aislamiento			
Programas de intervención			
Dinámica familiar	Factores de riesgo interpersonales y sociales	Stroebe et al	2006
Recursos del ámbito cultural			
Práctica religiosa			
Recursos materiales			
Estilo de apego/personalidad			
Estatus socioeconómico			
Género			
Creencias religiosas, espirituales y otros sistemas de significado	Factores de riesgo intrapersonales	Stroebe et al	2006
Habilidad intelectual			
Pérdidas anteriores múltiples o en la infancia			
Vulnerabilidad predisponente			
Proceso/mecanismos cognitivo-conductuales y regulación emocional	Valoración y el afrontamiento	Stroebe et al	2006
Intensidad de la aflicción	Resultados como	Stroebe et al	2006

Factores de riesgo	Tipología	Autor/es	Año
Exacerbación relacionada a la pérdida y/o relacionado al estrés	cambios		
Salud psicológica y física, fragilidad cognitiva y desvinculación social			
Intensidad del vínculo, ambivalencia y dependencia afectiva	Factores relativos al vínculo	Barreto, Yi y Soler	2008
Rabia, culpa e incapacidad de expresión de las emociones	Indicadores afectivos	Barreto, Yi y Soler	2008
Antecedentes psicopatológicos y duelos anteriores no resueltos	Indicadores de vulnerabilidad psíquica	Barreto, Yi y Soler	2008
Demora diagnóstica, progresión rápida de la enfermedad, conocimiento del pronóstico por el familiar, duración de los cuidados, síntomas sin control durante todo el proceso o durante los últimos días	Indicadores contextuales relativos a la enfermedad	Barreto, Yi y Soler	2008
Problemas económicos, presencia de niños con discapacidad o dependientes y falta de apoyo familiar	Indicadores familiares	Barreto, Yi y Soler	2008
juventud o vejez del doliente, estrategias de afrontamiento	Características personales	Barreto, De la Torre y	2012

Factores de riesgo	Tipología	Autor/es	Año
pasivas ante situaciones estresantes, enfermedad física o psíquica anterior.		Pérez-Martín	
juventud del fallecido, apego o relación ambivalente y dependiente con el fallecido, ser padre, madre, esposa, esposo o hijo e hija y bajo nivel de desarrollo familiar.	Características relacionadas con el fallecido	Barreto, De la Torre y Pérez-Martín	2012
falta de apoyo familiar y social, bajo nivel de comunicación con familiares y amigos, imposibilidad o incapacidad para expresar la pena y pérdida inaceptable socialmente	Aspectos relacionales	Barreto, De la Torre y Pérez-Martín	2012
muerte repentina o imprevista, duración larga de enfermedad, muerte incierta o no visualización de la pérdida y enfermedad con síntomas sin controlar.	Características de la enfermedad o la muerte	Barreto, De la Torre y Pérez-Martín	2012
Duelos previos no resueltos, pérdidas múltiples, crisis concurrentes y obligaciones múltiples	Otros aspectos	Barreto, De la Torre y Pérez-Martín	2012

Nota. *Factores de riesgo de sufrir duelo complicado en base a diferentes autores.*

1.3 Consecuencias del duelo complicado

En cuanto a las consecuencias que puede conllevar el duelo complicado, se encuentra la aparición psicopatológica más común en el desarrollo del mismo que es la depresión. En un estudio realizado por Tizón, 2004, con personas viudas que superan los 70 años, el autor halló que la muerte del cónyuge incrementa hasta nueve veces la probabilidad de experimentar una depresión. Sin embargo, el mismo señala que esto solo aporta diferencias según el parentesco, pero no sobre su incidencia ni tiempo de aparición (Turvey et al; 1999; Tizón, 2004; Como se citó en Camacho, 2013). Además, existen otras consecuencias del duelo complicado como la ansiedad, en especial el primer periodo de tiempo después del fallecimiento. Parkes (1998) plantea que la ansiedad es la reacción más habitual en el proceso, cuando esta aparece antes del proceso de duelo es más probable que se complique y se vuelva complicado aumentando así también los niveles de ansiedad, estrés y depresión (Romero y Cruzado, 2016). Sin embargo, para Tizón (2004), esta variable tiene su origen, en un primer lugar, en el distanciamiento que se produce cuando fallece una persona y, en segundo lugar, en el recuerdo de ese fallecimiento lo cual hace que la persona afectada experimente una ansiedad ante la propia muerte. Por último, otra emoción que aparece constantemente en el proceso del duelo es la culpa, la cual se presenta en forma de autorreproches, en una frecuencia del 92% en el caso de pérdida de un hijo por suicidio y un 72% en caso de accidente (Camacho, 2013).

Así mismo, se puede destacar la existencia de diferencias según la edad y género que tenga la persona afectada, el tipo de relación con el ser querido, si la muerte es violenta o no, si la persona ha tenido la capacidad de darle significado, si tiene una enfermedad mental grave o algún tipo de dolencia y también por el tipo de contexto cultural. (Rodríguez-Álvaro, 2019).

Además, el suicidio también es una consecuencia del duelo complicado que se manifiesta en personas afectadas con síntomas de soledad emocional y síntomas depresivos que aumentan con las ideas suicidas (Prigerson, 1999; como se citó en; Rodríguez-Álvaro, 2019). De hecho, los sujetos que sobreviven al suicidio, tienden a experimentar sentimientos de traición, abandono, culpa, vergüenza y miedo, desarrollando mayores complicaciones en el proceso de duelo. (Rodríguez-Álvaro, 2019).

En lo que se refiere al duelo complicado en mujeres, éstas se muestran con un carácter más confrontativo, así como también tienden a expresar más sus emociones en comparación con los hombres. Un ejemplo de este hecho se refleja en pérdidas como la perinatal, donde los hombres padecen ansiedad y depresión en niveles inferiores que las mujeres y por ello tratan de encontrar el significado de la pérdida, desempeñando el rol de cuidadores de sus parejas (Rodríguez-Álvaro, 2019).

1.4 Factores de protección

Igualmente, no solo es de gran relevancia conocer los factores de riesgo que influyen en el proceso de duelo, ya que, desde una perspectiva clínica, también es importante determinar cuáles son los factores de protección que experimentan las personas durante el proceso. Entre estos, podemos encontrar el rol que desempeñan las creencias religiosas, así como el apoyo social al igual que otros términos como la resiliencia, el crecimiento postraumático y la personalidad fuerte (hardiness). También, factores protectores de carácter psicológico como la aceptación de la pérdida, la creencia de un mundo justo y el apoyo instrumental (Barreto et al., 2008).

Además, otros autores consideran como factores de protección en el proceso del duelo complicado: la adaptación enfocada en la acción, la autoeficacia, los sentimientos de utilidad,

la capacidad que tiene una persona para resolver problemas, la flexibilidad y la habilidad para hallar sentido a la experiencia. Todos ellos ayudan a procesar mejor la pérdida (Barreto et al., 2007; Neimeyer et al., 2014; Yi, 2015; Yoffe, 2007 citado en Alonso-Illácer et al., 2022).

Por otra parte, la defunción de un ser querido es una de las vivencias que todos los seres humanos van a experimentar en algún punto de sus vidas, por lo que las reacciones ante dicho acontecimiento suelen ser muy diversas. Aun así, la gran mayoría de la población cuenta con una gestión adecuada de sus recursos emocionales para enfrentarse apropiadamente a este tipo de situaciones (Bonanno et al., 2013 citado en Fernández-Alcántara et al., 2014). No obstante, alrededor de un 10% y un 15% tienen la posibilidad de presentar determinados síntomas vinculados al duelo, donde el periodo de tiempo puede superar los seis meses y además influir severamente en la vida cotidiana de las personas afectadas por el mismo. Algunos de estos síntomas son, por ejemplo, un elevado deseo por volver a estar con la persona fallecida, así como la falta de aptitudes para aceptar el fallecimiento. También, se caracterizan por presentar sentimientos como la culpa, rabia, tristeza, rumiación de manera continua o la despersonalización. Todas estas reacciones forman parte del fenómeno conocido como duelo complicado, esto no significa que también puedan aparecer con menor intensidad y duración en el tiempo sin deberse al mismo. (Fernández-Alcántara et al., 2014).

Así mismo, existen nuevos estudios que tratan de identificar esos mecanismos de carácter emocional y neurocognitivo asociados a dicho fenómeno y así averiguar de qué forma pueden estar involucrados en el origen y desarrollo de este. Por ejemplo, el actual modelo de Mccallum y Bryant (2013) destaca el control de las emociones y las estrategias de afrontamiento como dos mecanismos que pueden facilitar o dificultar la recuperación de la persona. Por otro lado, existen varios estudios de carácter experimental que consideran que el

impedimento para que las personas afectadas en el transcurso del duelo complicado no regulen ni modifiquen adecuadamente sus emociones depende del contexto en el que estas se encuentren (Coifman et al., 2010; Gupta et al., 2011 citado en Fernández-Alcántara et al., 2014).

1.5 Escalas validadas para detectar el duelo complicado

Tabla 3

Escalas de detección del proceso de duelo complicado

Año	Escala	Mediación	Destinatario	Ítem	Ejemplos de ítems
1996	Bereavement Risk Assessment Tool (BRAT) Canadian Health Prof	Mide el riesgo de duelo complicado en base a información obtenida antes de la muerte basándose en factores de resiliencia. Los niveles de riesgo colapsados de BRAT muestran un índice inter calificador moderadamente bueno y confiabilidad sobre el juicio clínico solamente.	Cuidadores de Pacientes en Cuidados Paliativos	40 ítems basados en la observación, 36 factores de riesgo y 8 factores de protección asociados al duelo	Autorreproches (autoculpa, culpa, sentimiento malo y/o responsable) resistencia a realidad de muerte del paciente
1993	Bereavement Risk Index (BRI)	Mide el riesgo de duelo a raíz de la muerte del cónyuge	Familiares de Pacientes en Cuidados Paliativos	8/4 ítems escala de 6 puntos basados en la observación y requiere 4 horas de entrenamiento. Valora el apoyo, el trasfondo del	¿Es cónyuge/pareja del paciente o fallecido? Discapacidad cognitiva/intelectual grave (por ejemplo, discapacidad

Año	Escala	Mediación	Destinatario	Ítem	Ejemplos de ítems
				fallecimiento, estilo relacional, estresores y estilo de afrontamiento, relaciones familiares, circunstancias de la muerte y experiencias del cuidador.	del desarrollo, demencia, accidente cerebrovascular, lesión cerebral)
2002	Marwit Meuser Caregiver Grief Inventory (MMCGI)	La experiencia de duelo en personas cuidadoras de individuos con demencia	Cuidadores de personas con demencia	50 ítems	He tenido que renunciar a mucho para ser cuidadora. Tengo este sentimiento de vacío y malestar al saber que mi ser querido se ha “ido”.
2008	Prolonged Grief-12 (PG-12)	Está dirigido a orientar el diagnóstico de duelo prolongado. Es un instrumento de apoyo en la evaluación psiquiátrica	Familiares de pacientes en hospitales	12 ítems en formato autoinforme y en escala de 5 puntos	En el último mes, ¿con qué frecuencia anheló que el paciente volviera a estar saludable?

Año	Escala	Mediación	Destinatario	Ítem	Ejemplos de ítems
					Le parece que continuar (por ejemplo, hacer nuevos amigos, cultivar nuevos intereses) ¿es difícil para usted ahora?
1997	Duelo (IED) (The grief Experience Inventory)	Explora las áreas somáticas, emocional y relacional del doliente	Personas que estén pasando por el proceso de duelo	135 ítems dicotómicos que exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas	Inmediatamente después de su muerte me sentí agotado/a Cuando me comunicaron su muerte no pude llorar
1987	Grief Reaction Checklist	Dicha escala mide la aceptación, el encierro y la reintegración social	Familiares de pacientes en cuidados paliativos	60 ítems autoadministrados en escala de 5	Siento culpa y rabia

Nota. Escalas en base a diferentes autores para detectar el duelo complicado

Así pues, se exponen dichas escalas porque son las más empleadas en el ámbito de la medicina y también son las más citadas. Por ejemplo, han sido citadas en las publicaciones de Barreto et al., (2008) y Barreto et al., (2012) así como en Limonero et al., (2009) entre otras. Como se puede observar en la tabla existen diferentes escalas para medir el duelo complicado. Sin embargo, la mayoría están enfocadas a ámbitos específicos como cuidados paliativos, la muerte del cónyuge o cuidadores de personas con demencia. El presente trabajo pretende diseñar una escala que tenga en cuenta factores de riesgo y tenga en cuenta los factores sociales además que sea una escala más general y sencilla que permita una detección inicial para poder prevenir la cronificación del fenómeno y orientar la intervención desde el Trabajo Social.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Determinar la utilidad de una escala de detección de duelo complicado en base a los factores de riesgo y protección de padecer duelo complicado tanto antes como después de la pérdida.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar un pilotaje de la escala entre población general.
- Identificar los factores de riesgo que más se repiten entre los participantes del estudio.
- Conocer cuáles son los factores que más influyen en la aparición del duelo complicado.

3. Método

3.1 Participantes

La muestra se obtuvo pasando un formulario Google con la escala de predicción a nuestro entorno más cercano, el cual también difundió dicho formulario a personas cercanas y conocidas. En total, fueron 157 sujetos que forman parte de la población general, que han experimentado el fallecimiento de algún familiar o ser querido, siendo este un criterio de inclusión. De estos individuos, 66,88% son mujeres y 34,2% son hombres. Tienen edades comprendidas entre los 18 y 65 años. 45,86%, tienen estudios superiores frente al 12,74% que tienen estudios primarios.

3.2 Instrumentos

Se ha empleado una escala de elaboración propia, basada en los factores de riesgo complicado. Para construir la escala, se realizó una revisión teórica de los diferentes autores que aportan factores de riesgo como Melliar-Smith, (2002), Twycross, (2003), Ellifit, Nelson y Walsh, (2003), Stroebe et al (2006), Barreto, Yi y Soler, (2008), Barreto, De la Torre y Pérez-Martín, (2012). Se compararon todos los factores de riesgo y se utilizaron los aceptados por todos los autores y autoras. Se descartaron algunos factores de riesgo que no se repetían entre los/as mismos/as debido a su especificidad, haciendo hincapié en factores coincidentes, sin embargo este no debe de ser el único criterio, debido a la posibilidad de que existan otros autores/as que puedan aportar propuestas novedosas. En este caso se ha tenido en cuenta el apartado de “otros aspectos” de Barreto et al (2012) como característica no coincidente entre los autores por aportar un matiz distinto a la escala.

Se elaboraron los ítems a raíz de las características de estos factores de riesgo. Dichas variables elaboradas como se explicó anteriormente son los siguientes factores de riesgo: factores personales y relativos al vínculo, características de la enfermedad o muerte, aspectos

relacionales y duelos previos no resueltos o pérdidas múltiples, factores familiares (económicos, presencia de personas con discapacidad y falta de apoyo familiar) y por último, factores emocionales y psicológicos.

Para elaborar los ítems se tuvo en cuenta las características de los factores de riesgo en base a Barreto, et al (2012), por ser esta clasificación la más detallada y actualizada. Y es que los ítems de los factores personales y relativos al vínculo, se elaboraron teniendo en cuenta características como la intensidad del vínculo, la ambivalencia y dependencia afectiva. Respecto a estos ítems, coinciden autores como Melliar Smith (2002) en lo relativo al vínculo, salud física, emocional y psíquica del cuidador, experiencias vitales o traumáticas de los cuidadores, comprensión del cuidador principal de la enfermedad. Twycross (2003) en cuanto a la naturaleza de la relación y apoyo recibido. Ellifit, Nelson y Walsh (2003), en lo que se refiere a la percepción del cuidador de falta de apoyo social, escasa habilidad de afrontamiento del cuidador, antecedentes del cuidador de enfermedades mentales, si el paciente es un niño y finalmente (Barreto et al., 2008; Barreto et al., 2012) que destacan la intensidad del vínculo, ambivalencia y dependencia afectiva.

Los ítems de este factor fueron “no me he sentido valorado/a lo suficiente por la persona fallecida”, “siento que la persona fallecida ha dependido de mis cuidados”, he tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer” y “tengo algún tipo de discapacidad o necesito ayuda de otra persona para realizar mis actividades de la vida diaria”.

Por otro lado, los ítems del factor: características de la enfermedad o muerte, se elaboraron a partir de aspectos como muerte repentina o imprevista, duración larga de enfermedad, muerte

incierto o no visualización de la pérdida y enfermedad con síntomas sin controlar. Por ello, los ítems que lo componen son “el fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto” y “la enfermedad que llevó al fallecimiento de la persona ha sido de larga duración”. En cuanto a estas cuestiones, están de acuerdo autores como Melliar Smith (2002) en el tipo de muerte y modo de la muerte, Twycross (2003) en las pérdidas previas, Stroebe et al., (2006) en los tipo de pérdidas y por último, Barreto et al., (2012) en muerte repentina o imprevista, duración larga de enfermedad.

Del mismo modo, los ítems del factor: aspectos relacionales y duelos previos no resueltos, se elaboraron teniendo en cuenta cuestiones como la falta de apoyo familiar y social, bajo nivel de comunicación con familiares y amigos, imposibilidad o incapacidad para expresar la pena y pérdida inaceptable socialmente, duelos previos no resueltos, pérdidas múltiples, crisis concurrentes y obligaciones múltiples. Por tanto, los ítems para este factor son “he sentido que no tuve el apoyo de mis amistades frente a esta situación”, “me he distanciado o he perdido amistades durante mi proceso de duelo”, “he vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida” y “he pasado por varios fallecimientos de seres queridos cercanos”. Coinciden en estos indicadores en el apoyo recibido y la falta del cuidador de apoyo social (Ellifit et al., 2003), en el apoyo social y el aislamiento (Stroebe et al., 2006), en la falta de apoyo social (Barreto et al., 2008), en la falta de apoyo familiar y social (Barreto et al., 2012). En cuanto a las experiencias traumáticas de los cuidadores (Melliar, 2002), en pérdidas previas y crisis concurrentes (Twycross, 2003). Nuevamente, en pérdidas múltiples y fallecimientos traumáticos (Stroebe, 2006), en duelos anteriores no resueltos (Barreto et al., 2008) y en muerte incierta, duelos previos no resueltos, pérdidas múltiples y crisis concurrentes (Barreto et al., 2012).

Asimismo, los factores familiares se han elaborado a raíz de los indicadores propuestos por Barreto, Yi y Soler (2008), que se basan en tener problemas económicos, presencia de niños con discapacidad o dependientes y falta de apoyo familiar. De ahí que, los ítems son “he tenido problemas económicos (antes, durante y después) que han complicado mi papel de cuidador/a con la persona fallecida”, “he sentido que mi familia no me apoya ante la situación que estoy viviendo”, “tengo una o varias personas a mi cargo que tengo que cuidar” y “experimento habitualmente problemas para llegar a fin de mes”. Estos ítems están basados en el apartado “Otros aspectos” propuesto por Barreto et al, 2012.

En cuanto a los factores emocionales y psicológicos, se elaboraron a partir de los indicadores afectivos propuestos por Barreto, De la Torre y Pérez-Martín (2012), que son existencia de rabia, culpa e incapacidad de expresión de las emociones. Por consiguiente, los ítems que lo componen son “he sentido rabia por haber tenido que proporcionar cuidados a la persona fallecida”, “siento momentos de intenso sufrimiento emocional y pena”, “siento incapacidad para expresar mis emociones a otras personas”, “mi relación con la persona fallecida ha sido muy mala, mala, regular, buena o muy buena” y “considero que, desde el fallecimiento de la persona, he presentado cuadros de estrés, ansiedad o depresión”. En cuanto a los factores de protección se ha tenido en cuenta el apoyo instrumental, la relación con el ser querido y la aceptación de la pérdida en los ítems “Mi relación con la persona fallecida ha sido muy mala, mala, regular, buena o muy buena”, “He tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer” y “he sentido que mi familia no me apoya ante la situación que estoy viviendo”. La escala consta de 23 ítems, 19 tipo Likert (de 0 a 5) y 4 preguntas dicotómicas de si o no (véase Anexo 1).

3.3 Procedimiento

Se elabora la escala de predicción de duelo complicado a raíz de la bibliografía previamente buscada teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección descritos en el marco teórico. La primera escala constó de 57 ítems, por lo que se procedió a una selección de estos y su clasificación por factores de riesgo. Así mismo, los criterios para eliminación de dichos ítems fueron la repetición, redundancia, y el nivel de coherencia con el duelo complicado. Por otra parte, la escala refinada y la utilizada para el presente estudio consta de 23 preguntas 19 tipo Likert puntuadas del 1 a las 5 y 4 preguntas dicotómicas de si o no. La misma se mide mediante una serie de puntuaciones, las cuales determinan dos aspectos: la ausencia de duelo complicado (0 - 60) y el duelo complicado (60 - 90). El cuestionario incluye una parte previa de preguntas sociodemográficas. La escala se ha distribuido por Google Formularios entre grupos de WhatsApp, Instagram y Facebook. Se ha utilizado un método de bola de nieve pidiendo a los encuestados que distribuyan el formulario entre sus allegados. El formulario estuvo activo desde 18/05/2022 hasta el 21/05/2022 obteniendo 160 participantes. Después de un proceso de refinado de la muestra se han eliminado tres respuestas, que afirmaban que la persona fallecida era su “mascota”, variable que no se plantea estudiar en el presente trabajo, quedando 157 participantes.

3.4 Diseño

Es un estudio cuantitativo no experimental descriptivo y correlacional. Se utiliza Microsoft Excel para el análisis de datos. Se hace un análisis correlacional y descriptivo a través de correlaciones lineales con los datos sociodemográficos; frecuencia media, desviación típica de cada factor y un análisis comparativo de cada factor de la escala.

4. Resultados

Tabla 4

Datos sociodemográficos

	Mujeres	Hombres	Total
Género			
	66,88%	32,12%	100%
Nivel de estudios			
Superiores	31,85%	14,01%	45,86%
Secundarios	13,38%	7,64%	21,02%
Formación profesional	12,74%	6,37%	19,11%
Primarios	7,64%	5,09%	12,74%
Sin estudios	1,27%	0,00%	1,27%
Residencia			
Canarias	56,05%	28,03%	84,08%
Resto de España	10,19%	3,82%	14,01%
Fuera de España	0,64%	1,27%	1,91%
Rangos de edad participantes			
Juventud (14 - 29)	27,39%	14,01%	35,67%
Adultez (30 - 59)	33,76%	16,56%	50,32%
Personal mayor (60+)	8,28%	5,73%	14,01%
Rangos de edad fallecidos			
Infancia (0 - 14)	3,19%	0,00%	3,19%

	Mujeres	Hombres	Total
Juventud (14 - 29)	1,91%	1,91%	4,46%
Adulterez (30 - 59)	14,65%	8,28%	22,93%
Personal mayor (60+)	47,13%	22,93%	70,06%
Relación con la persona fallecida			
Familia	63,07%	33,11%	96,18%
Conocidos	3,82%	0,00%	3,82%
La persona fallecida cuidador principal			
Sí	22,29%	11,46%	33,76%
No	44,59%	21,65%	66,24%
Participante como cuidador principal			
Sí	19,11%	4,46%	23,56%
No	47,77%	28,67%	76,44%

Nota. Datos relevantes sobre las personas participantes

De las 157 personas encuestadas un 66,88% son mujeres, mientras que el 32,48% hombres. Entre esto podemos observar también que la mayoría (45,86%) tienen estudios superiores, desde licenciatura, grado, hasta doctorado y postdoctorado. Del mismo modo, el siguiente porcentaje más alto (21,02%) es el de los estudios secundarios, haciendo referencia a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO) y Bachillerato, siguiendo con la formación profesional tanto de grado medio, como superior con un 19,11% de representación. Asimismo, hay participantes (12,74%) que se encuentran en el apartado de estudios

primarios, ya que los últimos estudios que terminaron hacen referencia a la Educación Básica General (EGB) o estudios primarios.

Por otro lado, por el hecho de haber realizado la difusión entre personas conocidas e intentar a partir de ahí llegar a más personas con el método bola de nieve, la gran mayoría de la participación se concentra en la Comunidad Autónoma de Canarias (84,08%), aunque es cierto que hay participantes tanto de fuera de Canarias (14,01%), como de fuera de España (1,91%), que han realizado también el cuestionario.

Adicionalmente, los criterios para los rangos de edad están basados en la clasificación de el Ministerio de Sanidad. Podemos observar que aproximadamente la mitad de la participación pertenece a personas adultas (50,32%), en un rango de edad de 30 a 59 años, mientras que los/as jóvenes representan el 35,67% de la muestra, algo más del doble que las personas mayores, con una representación del 14,01%.

En cuanto a la edad de las personas fallecidas a la que hacen referencia los/as participantes en el cuestionario, el mayor porcentaje está agrupado en las personas mayores (70,06%), es decir, de 60 años en adelante. Seguidos por los/as fallecidos/as en la edad adulta (22,93%), entre 30 y 59 años. Luego, con una representación mucho menor a las anteriores, nos encontramos las personas fallecidas en su fase juvenil (4,46%) o infantil (2,55%).

Del mismo modo y teniendo en cuenta los rangos edades anteriores, tanto de los/as participantes, como de los/as fallecidos y las sus relaciones familiares, podemos observar que los parentescos que más se repiten como son: de nieto/ a abuelo/a, sienten estos/as últimos/as los/as fallecidos, al igual que de hijo/a a padres/madres. Además, encontramos representatividad también en otros familiares cercanos (8,97%), como pueden ser tíos/as,

madrina/padrino, incluso hijos/as (6,41%) que fallecen antes que sus padres/madres o hermanos (3,21%).

Por último, es importante saber si la persona fallecida era la encargada principal de los cuidados de la persona participante, a lo que en su mayoría (66,24%) han respondido de forma negativa, al igual que ellos/as tampoco eran sus cuidadores/as principales (76,44%).

Tabla 5

Media de resultados por factores

Factores	Media	DT	Rango Min	Rango Máx.
Factores personales	9,25	2,93	4	20
Características de la enfermedad o la muerte	4,31	2,29	0	10
Aspectos relacionales y duelos previos no resueltos	10,77	3,40	4	20
Factores familiares	7,09	3,77	3	20
Factores emocionales y psicológicos	14,42	3,46	0	20
Total	45,83	10,85	16	90

Nota. Resultado medio de los datos resultantes de los factores representados

En la presente tabla se muestra la media de puntuación global en cada factor. Los factores personales puntúan 9,25 de media y el máximo para este factor es de 20 puntos, se entiende que la media puntúa bajo en este factor. El factor de características de la enfermedad tiene

una media de 4,31 de 10 máximos, este factor únicamente consta de dos preguntas. Aspectos relacionales y duelos previos no resueltos puntúan 10,77 de media frente a 20 puntos máximos. Factores familiares puntúa 7,09 de 20 puntos máximos posibles y 3 puntos mínimos debido a que este factor contiene una pregunta dicotómica de sí y no, en el caso de responder no exime contestar a la pregunta tipo Likert. El factor con mayor puntuación media es el emocional y psicológico con 14,42 puntos, este factor contiene una pregunta invertida que resta 5 puntos, y tiene un máximo de 20 puntos posibles.

En cuanto a la puntuación media global de todo el cuestionario se ha obtenido una media de 45,83 de 90 puntos, lo que significa que la media se halla en ausencia de duelo complicado. Entre las medias globales encontramos medias altas como 2 participantes que puntúan 80,5 participantes que puntúan entre 60 y 70 puntos y un participante que puntúa 77. El resto de la muestra se encuentra entre los 27 (Puntuación más baja) y 50 puntos.

Tabla 6

Frecuencia, porcentaje y media por pregunta

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje	DT	Media
	1 (nada valorado)	83	52,87%		
No me he sentido valorado/a lo suficiente por la persona fallecida	2	12	7,64%		
	3	12	7,64%	1,73	2,44
	4	10	6,37%		
	5 (mucho)	40	25,48%		
Siento que la persona fallecida ha dependido de	1	72	45,86%		
	2	25	15,92%	1,41	2,24

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje	DT	Media
mis cuidados	3	28	17,83%		
	4	14	8,92%		
	5	18	11,46%		
	1	28	17,83%		
He tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer	2	13	8,28%		
	3	26	16,56%	1,48	3,48
	4	35	22,29%		
	5	55	35,03%		
	1	149	94,90%		
Tengo algún tipo de discapacidad o necesito ayuda de otra persona para realizar mis actividades de la vida diaria	2	4	2,55%		
	3	3	1,91%	0,39	1,08
	4	1	0,64%		
	5	0	0,00%		
	No	83	52,87%		
El fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto	Sí	74	47,13%		
	1(Poco)	11	11,34%		
	2	3	3,09%		
	3	14	14,43%	1,33	3,93
	4	23	23,71%		
En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, cuál es el grado de intensidad ha sido repentino o imprevisto el fallecimiento	5 (Mucho)	46	47,42%		
	No	71	45,22%		
La enfermedad que llevó					

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje	DT	Media
al fallecimiento de la persona fue de larga duración	Sí	86	54,78%		
	1(Poca)	27	27,84%		
En caso de ser afirmativa la respuesta anterior ¿Cuál ha sido su duración?	2	11	11,34%		
	3	20	20,62%	1,61	3,04
	4	9	9,28%		
	5(Mucha)	30	30,93%		
	1	66	42,04%		
He sentido que no tuve el apoyo de mis amistades frente a esta situación	2	17	10,83%		
	3	33	21,02%	1,47	2,45
	4	20	12,74%		
	5	21	13,38%		
	1	86	54,78%		
Me he distanciado o he perdido amistades durante mi proceso de duelo	2	27	17,20%		
	3	24	15,29%	1,24	1,92
	4	10	6,37%		
	5	10	6,37%		
	1	23	14,65%		
He vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida	2	21	13,38%	1,26	3,13
	3	50	31,85%		

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje	DT	Media
	4	38	24,20%		
	5	25	15,92%		
	1	17	10,83%		
He pasado por varios fallecimientos de seres queridos cercanos	2	41	26,11%		
	3	27	17,20%	1,40	3,27
	4	27	17,20%		
	5	45	28,66%		
	1	103	65,61%		
He tenido problemas económicos (antes, durante y después) que han complicado mi papel de cuidador/a con la persona fallecida	2	19	12,10%		
	3	17	10,83%	1,16	1,72
	4	12	7,64%		
	5	6	3,82%		
	1	95	60,51%		
He sentido que mi familia no me apoya ante la situación que estoy viviendo	2	26	16,56%		
	3	15	9,55%	1,27	1,83
	4	9	5,73%		
	5	12	7,64%		
	No	110	70,06%		
Tengo una o varias personas a mi cargo que tengo que cuidar	Sí	47	29,94%		
	1	16	28,07%		
En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿En	2	0	0%	1,51	3,10

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje	DT	Media
qué intensidad se han dado estos cuidados?	3	18	31,58%		
	4	9	15,79%		
	5	14	24,56%		
	1	58	37,18%		
	2	31	19,87%		
Experimento habitualmente problemas para llegar a fin de mes	3	35	22,44%	1,37	2,39
	4	13	8,33%		
	5	19	12,18%		
	1	119	88,15%		
	2	10	7,41%		
He sentido rabia por haber tenido que proporcionar cuidados a la persona fallecida	3	3	2,22%	0,64	1,20
	4	2	1,48%		
	5	1	0,74%		
	1	20	12,90%		
	2	39	25,16%		
Siento momentos de intenso sufrimiento emocional y pena	3	37	23,87%	1,28	3,03
	4	33	21,29%		
	5	26	16,77%		
	1	29	18,59%		
	2	33	21,15%	1,29	2,86
Siento incapacidad para expresar mis emociones a otras personas	3	48	30,77%		

Preguntas		Frecuencia	Porcentaje	DT	Media
	4	25	16,03%		
	5	21	13,46%		
	1 (Muy mala)	0	0,00%		
Mi relación con la persona fallecida ha sido (Muy mala, mala, regular, buena o muy buena)	2	2	2,30%		
	3	6	6,90%	0,82	4,56
	4	12	13,79%		
	5 (Muy buena)	67	77,01%		
Considero que, desde el fallecimiento de la persona, he presentado cuadros de estrés, ansiedad o depresión	1	37	23,57%		
	2	36	22,93%		
	3	33	21,02%	1,39	2,78
	4	26	16,56%		
	5	25	15,92%		

Nota. *Datos relevantes de las preguntas hechas en la encuesta*

En primer lugar, se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas se han sentido valorados/as por la persona fallecida (52,87%). También, en lo que respecta a la siguiente pregunta, "Siento que la persona fallecida ha dependido de mis cuidados", se puede ver que la gran parte no han dependido de ellos (45,86%). Luego, en el ítem "He tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer", se muestra que una parte representativa de los encuestados (35,03%) manifiestan haber tenido esta creencia. Después, la cuestión "Tengo algún tipo de discapacidad o necesito ayuda de otra persona para realizar mis actividades de la vida diaria". No hay ninguna persona con discapacidad en el grupo muestral.

En cuanto a la pregunta "El fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto", más de la mitad de los encuestados/as (52,87%) han respondido que no. El 47,13% que ha respondido afirma que el grado de intensidad ha sido alto siendo bastante imprevisto el fallecimiento. En cuanto a la pregunta "la enfermedad que llevó al fallecimiento de la persona fue de larga duración", el 54,78% contesta que sí y en cuanto a su duración afirman que ha sido entre 1 año y más de tres años. En la pregunta "He sentido que no tuve el apoyo de mis amistades frente a esta situación", los participantes si han sentido apoyo de sus amistades y familiares (60,51%). También afirman no haber perdido el contacto con los/as mismos/as en su proceso de duelo (54,78%).

Luego, en la pregunta "He vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida", el 31,85% afirma que las ha vivido algunas veces. En cuanto a la pregunta "He pasado por varios fallecimientos de seres queridos cercanos" la mayoría de la muestra ha pasado por fallecimientos múltiples, siendo bastante la frecuencia que más destaca con un 28,66%. En cuanto a la cuestión "He tenido problemas económicos (antes, durante y después) que han complicado mi papel de cuidador/a con la persona fallecida", se puede observar que la mayoría de los participantes no han tenido ningún tipo de problema económico (65,61%). La gran parte de la muestra no tiene personas a su cargo que cuidar con un 70,06%. En el caso de los individuos que han respondido "Sí" (29,94%) en general, se indica que la frecuencia ha sido media.

La mayoría de los encuestados (88,15%) afirman que nunca han sentido rabia por proporcionar cuidados a la persona fallecida. Así mismo, casi el total de los participantes han sentido algunas veces momentos de intenso sufrimiento emocional y pena. Del mismo modo, los participantes sienten algunas veces incapacidad para expresar sus emociones a otras

personas. Por otro lado, la muestra ha tenido una relación buena con la persona fallecida (77,01%). Y finalmente, gran parte de las personas participantes han respondido que algunas veces han sentido cuadros de estrés, ansiedad o depresión.

Tabla 7

Correlaciones por variable sociodemográfica

Preguntas	Edad participante	Edad persona fallecida	Género
Siento que la persona fallecida ha dependido de mis cuidados	0,38	-0,11	0,07
He tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer	0,36	0	0,13
Tengo algún tipo de discapacidad o necesito ayuda de otra persona para realizar mis actividades de la vida diaria	-0,16	-0,23	0,18
El fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto	-0,16	-0,23	0,18

Preguntas	Edad participante	Edad persona fallecida	Género
La enfermedad que llevó al fallecimiento fue de larga duración	0,04	-0,08	-0,1
He sentido que no tuve el apoyo de mis amistades frente a esta situación	0,12	0,24	-0,01
Me he distanciado o he perdido amistades durante mi proceso de duelo	-0,15	-0,07	0,18
He vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida	-0,07	-0,21	-0,04
He pasado por varios fallecimientos de seres queridos cercanos	-0,03	0,2	-0,05
He tenido problemas económicos (Antes, durante y después) que han complicado mi papel de cuidador	0	-0,22	0,08

Preguntas	Edad participante	Edad persona fallecida	Género
con la persona fallecida			
He sentido que mi familia no me apoya ante la situación que estoy viviendo	-0,02	-0,38	0,09
Tengo una o varias personas a mi cargo que tengo que cuidar	0	-0,34	0,13
Experimento habitualmente problemas para llegar a fin de mes	0,46	-0,12	0,14
He sentido rabia por haber tenido que proporcionar cuidados a la persona fallecida	0,14	-0,02	-0,09
Siento momentos de intenso sufrimiento y pena	0,11	0,02	-0,04
Siento incapacidad para expresar mis emociones a otras personas	0,04	-0,12	-0,09

Preguntas	Edad participante	Edad persona fallecida	Género
Mi relación con la persona fallecida ha sido...	0,07	0,02	0,18
Considero que desde el fallecimiento de la persona he presentado cuadros de estrés, ansiedad o depresión	0,05	-0,29	0,19

Nota. Relación existente entre los datos personales y las respuestas a la encuesta

En la presente tabla, se puede observar que la mayoría de las correlaciones son inexistentes o muy débiles. Se puede destacar las siguientes correlaciones: “Sentir que la persona fallecida ha dependido de los cuidados del participante” y la edad del participante con 0,38 esto quiere decir que existe correlación, aunque su intensidad es débil. “Sentir que no se ha tenido apoyo del círculo cercano” y la edad de la persona fallecida con un 0,24 indica también una correlación débil. “Sentir que la familia no apoya a la persona participante” y la edad de la persona fallecida puntúa con un -0,38 indicando una correlación de intensidad débil y negativa, esto quiere decir que si la edad de la persona fallecida baja también bajará la puntuación en esta pregunta. “Tener la creencia de que la persona no iba a fallecer o se iba a recuperar” y la edad de la persona participante tiene un índice de correlación de 0,36 indicando que si sube la edad de la persona participante sube la puntuación a esta pregunta. “Experimentar problemas para llegar a fin de mes” y la edad de la persona participante está correlacionado con un 0,46 indicando que si la edad del o la participante sube también subirá la puntuación a esta pregunta. En cuanto al género no se observan posibles correlaciones ni correlaciones de intensidad débil.

Tabla 8*Correlaciones por variable sociodemográfica*

Preguntas	Persona fallecida como cuidador principal	Cuidador principal de la persona fallecida
Siento que la persona fallecida ha dependido de mis cuidados	-0,2	-0,27
He tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer	-0,17	-0,58
Tengo algún tipo de discapacidad o necesito ayuda de otra persona para realizar mis actividades de la vida diaria	-0,04	-0,09
El fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto	-0,04	-0,09
La enfermedad que llevó al fallecimiento fue de larga duración	-0,06	-0,11
He sentido que no tuve el apoyo de mis amistades frente a esta situación	0,08	0,04
Me he distanciado o he perdido amistades durante mi proceso de duelo	-0,01	0,01
He vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida	0	0,01

Preguntas	Persona fallecida como cuidador principal	Cuidador principal de la persona fallecida
He pasado por varios fallecimientos de seres queridos cercanos	0,11	-0,02
He tenido problemas económicos (Antes, durante y después) que han complicado mi papel de cuidador con la persona fallecida	0	-0,1
He sentido que mi familia no me apoya ante la situación que estoy viviendo	-0,08	-0,16
Tengo una o varias personas a mi cargo que tengo que cuidar	-0,1	-0,02
Experimento habitualmente problemas para llegar a fin de mes	-0,14	-0,18
He sentido rabia por haber tenido que proporcionar cuidados a la persona fallecida	-0,21	-0,21
Siento momentos de intenso sufrimiento y pena	-0,02	-0,10
Siento incapacidad para expresar mis emociones a otras personas	-0,14	-0,10
Mi relación con la persona fallecida ha sido...	-0,21	-0,23

Preguntas	Persona fallecida como cuidador principal	Cuidador principal de la persona fallecida
Considero que desde el fallecimiento de la persona he presentado cuadros de estrés, ansiedad o depresión	-0,28	-0,29

Nota. Relación existente entre los datos personales y las respuestas a la encuesta

En la siguiente tabla, se muestran las correlaciones por pregunta y por ser cuidador de la persona fallecida o haber recibido cuidados de la persona fallecida. No se observan correlaciones en la mayoría de las preguntas excepto entre “Sentir que la persona fallecida ha dependido de los cuidados de la persona participante” y haber sido cuidador o cuidadora principal de la persona fallecida con índice de correlación de -0,27 indicando que si suben las personas que son cuidadoras principales sube la puntuación a esta pregunta.” Tener la creencia de que la persona no iba a fallecer o se iba a recuperar” y ser la persona cuidadora principal está correlacionado de manera intensa con un índice de -0,58 indicando que a más personas cuidadoras más puntuación en esta pregunta. También se encuentra relación entre “Considerar haber tenido cuadros de ansiedad, estrés o depresión” con la persona fallecida como cuidadora principal del participante con un -0,28 y con la persona participante como cuidadora principal de la persona fallecida con un -0,29.

Tabla 9*Diagnóstico de la escala por género y cuidadores principales*

	Ausencia de duelo	Duelo complicado	TOTAL
Cuidadores de la persona fallecida			
Mujeres	24	6	30
Hombres	5	2	7
No cuidadores de persona fallecida			
Mujeres	70	5	75
Hombres	43	2	45
	142	15	157

Nota. *Relación entre género y tipo de cuidados*

Como se puede observar en la presente tabla entre los cuidadores principales de la persona fallecida, 24 mujeres tienen ausencia de duelo complicado (puntuaciones entre 0 y 60) frente a 5 hombres que también se encuentran en la misma situación. En cuanto al duelo complicado, el número de mujeres que están experimentando dicho proceso son 6, mientras que el número de hombres que se encuentran en las mismas condiciones son 2 (Puntuaciones entre 60-90).

Por otra parte, en el apartado de no cuidadores de la persona fallecida, podemos apreciar que 70 mujeres tienen ausencia de duelo complicado en relación con 43 hombres que también tienen ausencia de duelo. En lo que respecta al duelo complicado, se contempla la cifra de 5 mujeres que están viviendo duelo complicado y 2 hombres.

5. Discusión

El objetivo de dicho trabajo académico es, determinar la utilidad de una escala de detección de elaboración propia, para el duelo complicado.

En base a los resultados obtenidos, se ha encontrado que los factores emocionales y psicológicos, han sido los que más incidencia han tenido sobre la muestra. De hecho, se debe tener en cuenta que los efectos de duelo sobre el sujeto que lo sufre implican que la persona pueda quedar anclada en el pasado, siendo algunos síntomas de este anclaje: la rabia, la ira, la tristeza o la culpa (American Psychiatric Association, 2013). De hecho, es probable que los manifieste o se prive de sentir emociones positivas (Barreto et al, 2012). Por tanto, la alta incidencia en este factor puede deberse a efectos del duelo normal, lo que podría explicar la elevada incidencia mostrada. Sin embargo, la muestra ha experimentado en ocasiones después del fallecimiento del ser querido, determinados síntomas como estrés, ansiedad o depresión. Éstos son una reacción común en el proceso de duelo (Parkes, 1998). Además, para Tizón (2004), dicha variable tiene que ver con recordar el fallecimiento, haciendo que la persona experimente ansiedad ante su propia muerte. Y es que, se puede afirmar que estas puntuaciones en cuanto a cuadros de ansiedad, estrés o depresión pueden estar relacionadas con el recuerdo del fallecimiento a la hora de rellenar la escala. Así mismo, al ser la ansiedad una variable común en el proceso de duelo sugiere la mejora de la escala, para determinar en qué fase del duelo se encuentra el sujeto y cuál es la intensidad de su ansiedad, para así poder considerar este aspecto como un factor de riesgo de duelo complicado.

De igual forma, como se puede observar en los resultados extraídos de las encuestas realizadas, la mayoría de las personas que han respondido al cuestionario, no se consideran cuidadores principales de la persona fallecida. Pero no por ello disminuye la sensación de ansiedad, estrés, etc, dándole así la mayor incidencia y repercusión a los factores emocionales

y psicológicos. ¿Puede tener esto que ver con el parentesco entre encuestado/a y fallecido/a? ¿y con el tiempo transcurrido desde que surgió el fallecimiento? Lo cierto es que, en este caso a más de la mitad de las personas que han respondido, el/la fallecido/a era un ascendiente cercano, como son los/as padres/madres y abuelos/as, siendo la relación entre participante y fallecido mayoritariamente muy buena.

Por otro lado, una parte considerable de encuestados/as, afirma que la enfermedad que llevó a su ser querido al fallecimiento no fue de larga duración, mientras que el resto de las participantes, que respondieron de manera afirmativa, establecen la enfermedad (de larga duración) con una duración de aproximadamente 3 años. Por ello, se considera que esto puede estar relacionado con los factores emocionales y psicológicos y más en particular con los cuadros de estrés ansiedad o depresión. Según Stroebe (2006) los cuidados de larga duración son un estresor que favorece la ansiedad, estrés y depresión, así como la aparición de *Burnout* en el cuidador. Aunque, también se puede dar la situación de que los cuidados de larga duración provoquen que el sujeto asimile la pérdida del ser querido y viva un duelo anticipado, provocando que se llegue al fallecimiento con una mejor aceptación de la pérdida (Brusco, 1997 citado en Catalán et al., 2018).

Por otra parte, un gran porcentaje de las personas encuestadas afirman que han tenido el apoyo de sus amistades y familiares durante el proceso. Y que, no se han distanciado ni han perdido vínculos en la evolución de este. Este hecho podría considerarse un factor de protección, concretamente en lo que se refiere al apoyo social expuesto por Barreto et al., (2008). También, gran parte de los participantes confirmaron que han vivido algún suceso traumático o complicado a lo largo de sus vidas, así como varios fallecimientos de seres queridos cercanos. Lo que nos indica nuevamente otros factores de protección como la

resiliencia, el crecimiento postraumático y la personalidad fuerte (hardiness). También, factores protectores de carácter psicológico como: la aceptación de la pérdida, la creencia de un mundo justo y el apoyo instrumental (Barreto et al., 2008).

Además, se descarta que existan correlaciones entre ser cuidador principal, edad y género. Esto genera la duda de si realmente el fenómeno de duelo complicado hace distinciones entre estas variables o afecta a todas las personas por igual independientemente de su dedicación a los cuidados, edad o su género. Sin embargo, se observa que los sujetos participantes en su mayoría son mujeres. Sería interesante profundizar en estos aspectos y hacer una prueba pasando la escala a la misma cantidad de mujeres que hombres y hacer grupos control entre cuidadores y no cuidadores para poder hallar las diferencias. En cuanto a la edad de la persona se observa que tiene relevancia con el apoyo familiar percibido, cuanto más joven es la persona fallecida menos apoyo familiar se percibe.

En cuanto a la escala, hay que tener en cuenta que las variables como “tener una o varias personas a cargo”, “la enfermedad de la persona fue de larga duración” y “el fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto”, ya que son situaciones que no todo el grupo muestral ha vivido. Por tanto, dependiendo de la respuesta, la escala se comportará de una manera u otra. En el caso de contestar “sí” en al menos una variable, el sujeto tiene más probabilidades de dar una puntuación más alta. De hecho, se plantea que estas preguntas dicotómicas no sean adecuadas para la escala, debido a que no proporcionan información relevante que se pueda generalizar a toda la población analizada. Sería conveniente sustituirlas por preguntas tipo Likert que profundicen en la duración, sintomatología de la enfermedad y en los motivos de por qué ha sido repentino o imprevisto el fallecimiento.

En cuanto a fiabilidad, encontramos indicios de una redacción que puede llevar a error. Como muestra de este hecho, una de las preguntas que más dudas ha generado entre los participantes ha sido “la persona fallecida ha sido el cuidador/a principal”, la cual ha obtenido una respuesta afirmativa alta que no se corresponde con la baja participación de personas en situación de dependencia o con discapacidad en el estudio.

De la misma manera, para la validez, el 9,5% de la muestra presenta síntomas de duelo complicado, lo que coincide con Fernández-Alcántara et al (2014) que afirma que entre el 10% y 15% de la población tienen posibilidades de desarrollar síntomas asociados al duelo complicado. Sin embargo, según el DSM V (American Psychiatric Association, 2013) para medir la frecuencia e intensidad del fenómeno hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones como: la persona ha experimentado el fallecimiento del ser querido en un periodo de tiempo inferior a 12 meses, pudiendo presentar alguno de los siguientes síntomas: nostalgia por lo que se ha perdido, gran dolor por el distanciamiento y/o preocupación por la persona fallecida. Esto tiene que ver con la frecuencia e intensidad del fenómeno aspectos que no se han tenido en cuenta en la escala, por tanto, presenta carencias a la hora de medir los aspectos relativos a la frecuencia e intensidad.

La escala se desempeña de forma adecuada midiendo los factores de riesgo asociados al duelo complicado de acuerdo con Limonero et al., (2009) que en su adaptación al castellano de la escala (IED) (The Grief Experience Inventory) concluyen que los factores de riesgo emocionales, psicológicos y relacionales tienen mayor relevancia en la detección de duelo complicado. Se encuentran similitudes de ítems entre dicha escala y la diseñada en este estudio como “He vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida”, “El fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto” y “Siento momentos de intenso sufrimiento y pena” entre otros. Estas similitudes y las puntuaciones estables en los factores de riesgo indican que la escala ha medido dichos factores de manera adecuada.

Limonero et al., (2009) afirman que una de las limitaciones de su adaptación es la dificultad de administración e interpretación de esta y hacen hincapié en la necesidad de contar con instrumentos sencillos y fáciles de administrar en la práctica clínica diaria. Siendo este un punto a destacar de la presente escala dado que se compone de 23 ítems y su corrección y administración es sencilla frente a las escalas existentes que se sitúan en una media de entre 70 y 135 ítems.

Como limitación encontramos que para Gil-Juliá et al., (2008), los aspectos económicos no están estrechamente relacionados con el riesgo de sufrir duelo complicado, pero si agravan los síntomas de este. La escala tiene en cuenta los aspectos económicos, pero sería necesario crear un apartado específico y profundizar en el tipo de dificultades económicas que está experimentando el sujeto y que relación tienen estas complicaciones con el duelo complicado.

6. Conclusiones

A luz de los resultados, hemos descubierto que:

Los factores emocionales y psicológicos han sido los más relevantes en la población estudiada destacando los síntomas asociados al estrés, la depresión y la ansiedad. No hay relación entre ser cuidador principal, género y edad con el duelo complicado según este estudio además cabe destacar que la mayor parte de la muestra no ha sido cuidadora principal de la persona fallecida. El apoyo y vínculo familiar es el principal factor de protección que presenta la población estudiada. Los aspectos económicos pueden agravar la situación de duelo complicado. El 9,5% de la muestra presenta duelo complicado de acuerdo con las investigaciones existentes.

En cuanto a las limitaciones y aspectos a mejorar de la escala se encuentra la necesidad de conseguir una muestra equilibrada en cuanto a género para poder comprobar las diferencias lo cual sería una línea de investigación novedosa e interesante.

Otro aspecto limitante ha sido la redacción de la escala en algunos ítems de si o no que han podido inducir a error. Se debe profundizar más en la escala en los aspectos de ansiedad, depresión y estrés para determinar si están asociados al duelo complicado debido a que también puede aparecer en un duelo normal, se debe incluir variables que midan la intensidad, duración y frecuencia de estos síntomas para poder concluir que aparecen a raíz del duelo complicado.

Un aspecto para mejorar de escala es el apartado de preguntas dicotómicas por qué no son adecuadas para la escala, debido a que no proporcionan información relevante que se pueda generalizar a toda la población analizada. Otro aspecto importante es la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas se debe tener en cuenta en modificaciones posteriores de la

escala debido a que no se está midiendo y son características fundamentales del duelo complicado.

La escala tiene en cuenta los aspectos económicos, pero sería necesario crear un apartado específico y profundizar en el tipo de dificultades económicas que está experimentando el sujeto y que relación tienen estas dificultades con el duelo complicado.

La escala se desempeña de forma adecuada a la hora de medir los factores de riesgo asociados al duelo complicado, mostrando puntuaciones estables por factor y similitudes en cuanto a factores de riesgo e ítems con la escala IED (The Grief Experience Inventory) (Limonero et al, 2009).

Se proponen modificaciones en el apartado de aspectos económicos, elaborando ítems que permitan distinguir si esto está influyendo en el duelo complicado. Poniendo el foco en las limitaciones que puede generar este aspecto antes de la muerte del ser querido, así como, preguntas que profundicen en sí esto está agravando el duelo después del fallecimiento. Respecto al ítem referente al estrés, ansiedad y depresión se propone profundizar más complementando la escala con escalas validadas para medir estos aspectos como el inventario de depresión de Beck y el índice de ansiedad de Beck.

En cuanto a la duración, frecuencia e intensidad del duelo se propone preguntar cuando tiempo ha pasado desde el fallecimiento, cuánto tiempo lleva experimentando los síntomas, como de intensos son dichos síntomas (Por ejemplo puntúe del 1 al 5 cuál es la intensidad de la tristeza que ha experimentado en los últimos 6 meses).

Se propone añadir factores de protección tales como: la resiliencia, el crecimiento postraumático, la personalidad fuerte, las creencias religiosas, la adaptación enfocada en la

acción, la autoeficacia, los sentimientos de utilidad, la capacidad que tiene una persona para resolver problemas, la flexibilidad y la habilidad para hallar sentido a la experiencia. Y es que, es necesario dar más peso a estos factores (protección) en la escala para tener una visión más completa del duelo complicado.

Esta escala mide el duelo complicado a raíz de la pérdida del ser querido y a su vez también predice un posible duelo complicado antes de la pérdida debido a que los ítems miden factores de riesgo que pueden estar presentes antes del fallecimiento. Sin embargo se propone profundizar más en la prevención y cambiar el enfoque de la escala hacia una escala predictora del duelo complicado en base a factores de protección y a raíz de una reelaboración de factores de riesgo que inciden antes de suceder la problemática. Por último se encuentra necesario eliminar las preguntas dicotómicas de la escala y sustituirlas por preguntas tipo Likert, que como se comentó anteriormente, profundicen en la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología así como en el tiempo que ha transcurrido después del fallecimiento.

7. Referencias bibliográficas

Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2022). Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo *complicado*. *Psicología y Salud*, Vol.32 (Núm. 1: 161–170). <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2722/4599>

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos del Dsm-5(r): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from Dsm-5(r)*. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). American Psychiatric Association.

Barreto, P., de la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*,9 (2–3).https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v9.n2-3.40902

Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores del duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2–3)383–400.<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A>

Burke, L. & Neimeyer, R. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: a review of the empirical literature. En M. Stroebe, H. Schut and J. van den Bout (ed) (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for professionals*. London/New York: Routledge.

Camacho, D. (2013). El duelo: la respuesta emocional ante la pérdida.

Carrasquilla, J. M. (2017). El duelo. *Paulinas*.

Castillo, A., Corbí, B., Fernández, R., Martín, A., Montoro, M. I., & Pérez, M. (2021). Atención al duelo. En Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de

Gestión Económica y Recursos Humanos, & Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional (Eds.), Cuidados paliativos. Guía para atención primaria (pp. 175–185). *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*.

Catalán, R. M., Moreno, I. A., & Ayala, A. M. (2018). Duelo: Proceso Privado y Social. *Alianza Editorial*. <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/116888>

Ellifritt, J., Nelson, K. A., & Walsh, D. (2003). Complicated bereavement: A national survey of potential risk factors. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 20(2), *gil-ju114-120*

Falagán, N. (2014). El duelo: Diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado. Trabajo de grado de enfermería. *Escuela Universitaria de Enfermería. España*. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO%20FALAGAN%2c%20NURIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández-Alcántara, M., Turnbull, O., Pérez-Marfil, N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2014). Experiencia emocional en procesos de duelo complicado. *VIII Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción*.

García, A. M., Martín, A., Brito, P. R., Fernández, D. A., Martínez, C. E., & Marrero, C. M. (2021, 6 diciembre). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Scientific Electronic Library Online*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000100001&script=sci_arttext&tlng=e

Gil-Juliá B., Bellver A., y Ballester R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.

Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291–297.

Martín, A. (2017, 26 junio). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene Revista de enfermería*. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/915/grief>

Melliard-Smith. (2002). The risk assessment of bereavement in a palliative care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 8 (6).

Neimeyer (2013) (Ed.), *Complicated Grief: Scientific Foundations For Healthcare Professionals* (Stroebe M.S., Schut H., Van Der Bout J. & Boelen P. Ed., Pp. 145–161).

Neimeyer RA, Baldwin SA, Gillies J. (2006) Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Studies* 2006; 30: 715-38.

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021, 21 junio). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Scientific Electronic Library Online*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282021000200001&lng=pt&tlng=es

Poch, C., Avellán, P. C. I., & Herrero, O. (2003). La muerte y el duelo en el contexto educativo. *Paidós*.

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and

bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American Journal of Psychiatry* (Vol. 152, pp. 22–30). American Journal of Psychiatry. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>

Rando, T.H. (2013). On achieving clarity regarding complicated grief: lessons from clinical practice. En M. Stroebe, H. Schut and J. van den Bout (ed) (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for professionals*. London/New York: Routledge

Rodríguez-Álvaro, Martín. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene*, 13(3), 1338.

Romero, V., y Cruzado, J. A. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología*, 13(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2016.v13.n1.52485

Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *psicooncología*, Vol. 10 (Núm. 2–3).

H. Schut, J. van der Bout, & P. Boelen (Eds.), *Complicated grief. Scientific foundations for healthcare professionals* (pp. 145–161). Routledge.

Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. (2006) Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *Am J Geriatr Psychiatry*; 14: 650-6.

Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: Pathway and course of complicated grief. En *Dialogues Clin Neuroscience* (2.^a ed., Vol. 14, pp. 119–128). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*. 63(9), 2440-51.

Twycross, R. (2003). *Introducing palliative care (3th ed.)*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (1.^aed.). Espasa Libros, S. L.

Anexos

Anexo I: Datos socio demográficos utilizados

1. Género:
2. Nivel de estudios:
3. Edad de la persona participante:
4. Edad de la persona fallecida:
5. Provincia:
6. Ha sido cuidador/a principal de la persona fallecida (responda sí o no):
 - SÍ
 - NO
7. ¿Usted ha sido cuidador/a principal de la persona fallecida?
8. El fallecimiento se ha producido por:
 - Enfermedad
 - Accidente
 - Otros

Tabla 10
Escala de predicción duelo complicado

FACTORES	ITEMS
	No me he sentido valorado/a lo suficiente por la persona fallecida 1 2 3 4 5
Factores personales y relativos al vínculo	Siento que la persona fallecida ha dependido de mis cuidados 1 2 3 4 5
	He tenido la creencia de que la persona fallecida se iba a recuperar o no iba a fallecer 1 2 3 4 5

FACTORES	ITEMS
	Tengo algún tipo de discapacidad o necesito ayuda de otra persona para realizar mis actividades de la vida diaria 1 2 3 4 5
	El fallecimiento del ser querido ha sido repentino o imprevisto SI / NO
Características de la enfermedad o muerte	En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, en que grado de intensidad ha sido repentino o imprevisto el fallecimiento 1 2 3 4 5
	La enfermedad que llevó al fallecimiento de la persona fallecida fue de larga duración SI / NO
	En caso de ser afirmativa la respuesta anterior ¿Cuál ha sido su duración? 1 2 3 4 5
Aspectos relacionales y duelos previos no resueltos/pérdidas múltiples	He sentido que no tuve el apoyo de mi círculo cercano frente a esta situación 1 2 3 4 5
	Me he distanciado o he perdido amistades durante mi proceso de duelo 1 2 3 4 5
	He vivido experiencias traumáticas o muy complicadas a lo largo de mi vida 1 2 3 4 5
	He pasado por varios fallecimientos de seres queridos cercanos 1 2 3 4 5
Factores familiares (económicos, presencia de personas con discapacidad y falta de apoyo familiar)	He tenido problemas económicos (antes, durante y después) que han complicado mi papel de cuidador/a con la persona fallecida 1 2 3 4 5
	He sentido que mi familia no me apoya ante la situación que estoy viviendo 1 2 3 4 5
	Tengo una o varias personas a mi cargo con SI / NO

FACTORES	ITEMS
	discapacidad a mi cargo
	En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿Cuál es la intensidad de los cuidados? 1 2 3 4 5
	Experimento habitualmente problemas para llegar a fin de mes 1 2 3 4 5
	He sentido rabia por haber tenido que proporcionar cuidados a la persona fallecida 1 2 3 4 5
	Siento momentos de intenso sufrimiento emocional y pena 1 2 3 4 5
Factores emocionales y psicológicos	Siento incapacidad para expresar mis emociones a otras personas 1 2 3 4 5
	Mi relación con la persona fallecida ha sido... (1 muy mala - 5 muy buena). 1 2 3 4 5
	Considero que desde el fallecimiento de la persona fallecida he presentado cuadros de estrés, ansiedad o depresión 1 2 3 4 5