



DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

María Soledad Olmeda García

Psiquiatra. Unidad de Agudos Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

pati.ol@wanadoo.es

RESUMEN

Introducción: La tercera y cuarta edad se caracterizan por una sucesión imparable de pérdidas. Para algunos autores estos duelos en un momento de mayor fragilidad psicológica y social llevan aparejados una mayor dificultad en la elaboración de los mismos (1). Sin embargo, para otros, serían los duelos en jóvenes los que se asocian a mayor intensidad de reacción y mayores dificultades de afrontamiento (2).

Material y Método: Reclutamos 61 pacientes ambulatorios derivados por duelo patológico a Salud Mental. Aplicamos escalas de duelo (Prigerson y TRIG), para ansiedad de Hamilton y depresión de Beck y cuestionario de salud de Goldberg y comparamos los resultados en dos grupos. El grupo I eran mayores de 65 años y el grupo II menores de 64 años.

Resultados: El grupo I fue el 26% del total; edad media 70 años y un 87,5% mujeres. El 50% perdió a su marido. El grupo de mayores puntuó más alto en duelo patológico según escala de Prigerson pero sin diferencias significativas. Sí observamos una reducción de ingresos significativamente mayor ($p < 0,01$). No encontramos diferencias en otras variables de riesgo. Los más jóvenes puntuaron más alto en ansiedad ($p < 0,05$), depresión y Goldberg.

Conclusiones: Aunque el grupo I tenía puntuaciones mayores de duelo patológico, el grupo joven estaba más ansioso, más deprimido y con peor salud global.

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

INTRODUCCIÓN

El duelo, según la definición de Bourgeois (1) es una experiencia natural y normal de la vida, aunque causa dolor y distorsión del entorno familiar, pero mejora espontáneamente en la mayoría de los casos, pudiendo conducir al crecimiento personal y a veces, a la creatividad. Para Magdalena Pérez el duelo es un proceso personal, idiosincrásico, íntimo y unido a nuestro sentido de identidad. Para cada persona, la pérdida posee un significado especial y tiene unas consecuencias concretas.

Por consenso se considera tercera edad a las personas de 65 años o más y cuarta edad a los que superan los ochenta años y lo que caracteriza a estas etapas de la vida es una sucesión imparable de pérdidas (2,3)

Los 65 años suelen coincidir con la edad de jubilación que, afirma Tizón, supone la pérdida de rol y estatus de trabajador y sustentador. El día pierde su estructuración, las relaciones sociales cambian y disminuyen los ingresos económicos. A esto se suma la visión negativa que la sociedad occidental tiene del anciano, que es visto como improductivo y consumidor de recursos (3).

Según datos del IMSERSO, el 7% de la población total en 1900 era mayor de 65 años, pero en 2050 se prevé que el 58% de la población española supere esa edad.

Está recogido en el Instituto Nacional de Estadística que en España en 2011 el 10% de la población estaba constituida por mujeres de 65 años o más. A esto se suma que la esperanza de vida sigue aumentando en todos los países occidentales, por lo que el número de personas vivas de 70 y 80 años ha crecido de forma significativa y seguirá haciéndolo (2). Este hecho hace que cada vez haya más personas mayores que estén sufriendo varios duelos graves simultáneamente y entre ellos, la pérdida de la pareja es uno de los más severos (3,4). En 2009, un 12,2% de los varones españoles de más de 65 años estaban viudos y esa cifra se elevaba al 44,5% de las mujeres de ese grupo de edad. Pero a partir de los 80 años más del 50% estaban viudas.

Para algunos autores, la unión de duelos múltiples en corto espacio de tiempo, en una etapa vital de mayor fragilidad psicológica y social va aparejada a una mayor dificultad en la elaboración del duelo (3). Sin embargo, no todos comparten esta visión. Dicen, estos últimos que las experiencias de pérdida son parte integral del desarrollo personal y el anciano ha sufrido y superado multitud de pérdidas diferentes a lo largo de toda su vida. La experiencia favorecería una mayor capacidad de afrontamiento del nuevo duelo si lo comparamos con la inexperiencia de la persona joven (5).

No sería entonces, la pérdida en sí la que conduciría a una peor elaboración del duelo, sino los prejuicios y creencias erróneas acerca de las capacidades de la tercera edad unidos a una serie de restricciones que la sociedad impone al anciano y al modo en que se le permite vivir. Todo junto sí puede hacer que la pérdida de la pareja sea una experiencia devastadora (5).

No existen demasiados datos sobre el proceso de duelo en la persona mayor. Los estudios clásicos se hicieron sobre muestras jóvenes y la mayoría sobre mujeres viudas (6).

Sin embargo, los pocos estudios que incluyeron viudos/as mayores de 65 años observaron para sorpresa de los autores, que los más jóvenes presentaban una mayor intensidad en los síntomas de duelo y mayor dificultad de superación (6,7,8).

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

Esto no impide que el duelo de la persona mayor, especialmente cuando es por pérdida del cónyuge, se asocie a una serie de complicaciones para la salud. El riesgo de depresión aumenta por cuatro en el primer año de perder al cónyuge y la ansiedad afecta al 50%. Aumenta el consumo de alcohol y un 50% de las viudas consume psicofármacos en los 18 primeros meses tras la pérdida, así como aumenta el riesgo de mortalidad un 50% en viudos mayores (9).

Objetivo: Determinar si existen diferencias en la expresión del duelo en función de la edad.

MATERIAL Y METODO

Se incluyeron todos los casos que consultaron por síntomas de duelo dentro de los dos primeros años tras la pérdida por muerte de un familiar de primer grado en una consulta de psiquiatría de un Centro de Salud Mental del Sureste de Madrid a lo largo de 12 meses. Se excluyeron pacientes con trastorno mental grave, retraso mental o demencia.

Establecimos un punto de corte de 65 años o más y esos pacientes constituyeron nuestro Grupo I mientras que los menores de 65 años fueron incluidos en el Grupo II.

Se elaboró una entrevista en la que se recogieron datos sociodemográficos del consultante, parentesco del difunto, apoyos sociales así como una batería de pruebas autoadministrables en las que se incluyeron: Inventario de Beck para depresión (10) ; escala de Hamilton para ansiedad (11); cuestionario de salud general de Goldberg (G.H.Q. 28 items) con sus escalas A para síntomas somáticos, B para síntomas de ansiedad, C para medir disfunción social, D para síntomas depresivos y una escala global (12,13,14); Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) para medir la intensidad de reacciones tras la pérdida (15,16,17); Inventory of Complicated grief (ICG) para detección de duelo patológico (4).

La batería estadística utilizada fue el programa informático SPSS 20 para Windows.

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 61 pacientes que fueron derivados desde Atención Primaria a Salud Mental por síntomas relacionados con una pérdida por muerte.

De todos ellos, 16 (26,2%) fueron \geq a 65 años, aunque con posterioridad, 2 rehusaron completar el estudio, por lo que el grupo I lo formaron 14 casos. Edad media 70,1 años (rango 65-78 años).

En el grupo II inicialmente constituido por 45 casos con edades desde 21 a 63 años, 4 pacientes abandonaron antes de terminar el estudio.

El 87,5% del grupo I y el 82,2% del grupo II fueron mujeres. Tan solo fueron derivados 2 varones \geq 65 años (12,5%) y 8 < 65 años (17,8%).

La mayoría del grupo I eran mujeres viudas, 62,5% y un 31,2% casadas, porcentajes que se invertían en <65 donde el 11,1% eran viudas y el 48,9% casadas (**Tabla 1**).

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

Tabla 1

ESTADO CIVIL	>= 65 AÑOS	< 65 AÑOS	TOTAL
SOLTERO	1 (6,2%)	15 (33,3%)	16 (26,2%)
CASADO O PAREJA	5 (31,2%)	22 (48,9%)	27 (44,3%)
VIUDO	10 (62,5%)	5 (11,1%)	15 (24,6%)
SEPARADO/DIVORCIADO	0	3 (6,7%)	3 (4,9%)
TOTAL	16 (100%)	45 (100%)	61 (100%)

El 42,9% del grupo I no convivía con otro adulto frente a tan solo el 4,9% del grupo II.

En el 50%, el fallecimiento del ser querido se acompañó de una reducción significativa de los ingresos y coincidía con aquellas que se quedaron viudas ≥ 65 años. Este hecho solo fue referido por el 14,6% de los < 65 años ($p=0,01$)

Un 14,3% de los mayores no se habían sentido apoyados por su entorno, pero la cifra se elevaba hasta el 26,8% de los más jóvenes (**Tabla 2**).

Tabla 2

¿SE HA SENTIDO APOYADO POR SUS CONOCIDOS?	>=65 AÑOS	< 65 AÑOS
SI	85,7% (12 CASOS)	70,7% (29 CASOS)
NO	14,3% (2 CASOS)	26,8% (11 CASOS)
MENOS DE LOS QUE NECESITABA	0	2,4% (1 CASO)
TOTAL	100% (14 CASOS)	100% (41 CASOS)

Un 87,5% de ≥ 65 años se definían como religiosos frente al 75,6% de los < 65 años sin diferencias significativas.

En relación al tipo de parentesco con el difunto sí hubo diferencias en ambos grupos. Así en los ≥ 65 años un 50% había perdido a su marido, mientras los < 65 años consultaron sobre todo tras perder a una figura parental (**Tabla 3**)

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

Tabla 3

PARENTESCO	>=65 AÑOS	< 65 AÑOS
MARIDO	50%	4,9%
MUJER	0	4,9%
PADRE/MADRE	0	51,2%
HERMANO/A	21,4%	0
HIJO/A	7,1%	14,7%
OTROS	7,1%	17,1%

La causa de la pérdida puede verse en la **Tabla 4**.

Tabla 4

CAUSA DE LA MUERTE	ENFERMEDAD	ACCIDENTE DE TRAFICO	SUICIDIO	ASESINATO	TOTAL
>=65 años	11 (78,6%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	0	14 (100%)
<65 años	35 (85,4%)	5 (12,2%)	0	1 (2,4%)	41 (100%)

En el **cuestionario de Hamilton** para ansiedad encontramos puntuaciones superiores en los menores de 65 años con 18,31 frente a 13,57 de los >65 años ($p < 0,05$)

En el **cuestionario de Beck** para depresión no hubo diferencias significativas aunque los menores puntuaron un poco por encima con 20,22 frente a 19,50 de los >65.

Al comparar las medias en los distintos apartados del **cuestionario de salud general Goldberg** > o = 65 años y <65 años no encontramos diferencias significativas aunque todas las puntuaciones fueron mayores en el grupo más joven: A (3,21 vs 3,90 de media), B (3,86 vs 4,54), C (2,57 vs 3,59) o D (1,93 vs 3). En el Goldberg total nuevamente encontramos medias de 11,57 en el grupo I frente a 15 en el grupo II (**Tabla 5**).

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

Tabla 5

	edad	N	Media	Desviación típ.
HAMILTON ANSIEDAD	>= 65 años	14	13,57	6,465
	<65 años	39	18,31	9,237
BECK DEPRESIÓN	>= 65 años	14	19,50	5,544
	<65 años	41	20,22	11,477
GOLDBERG A	>= 65 años	14	3,21	1,805
	<65 años	41	3,90	2,417
GOLDBERG B	>= 65 años	14	3,86	2,248
	<65 años	41	4,54	2,367
GOLDBERG C	>= 65 años	14	2,57	2,441
	< 65 años	41	3,59	2,291
GOLDBERG D	>= 65 años	14	1,93	2,336
	< 65 años	41	3,00	2,828
GOLDBERG TOTAL	>= 65 años	14	11,57	6,722
	< 65 años	41	15,02	8,472

En el **Texas Revised Inventory** (TRIG) solo encontramos diferencias $p < 0,05$ en la pregunta 19 que guarda relación con un síntoma de afrontamiento: "**Todavía estoy afectado**" con puntuaciones superiores en el grupo I. Sin embargo, al comparar las respuestas en ambos grupos a las tres partes del cuestionario: comportamiento inmediato, sentimientos actuales y capacidad de afrontamiento, no encontramos diferencias significativas entre ambos (**Tabla 6**).

Tabla 6

TRIG	EDAD	N	MEDIA	DESV TIPICA
COMPORTAMIENTO INMEDIATO	>65 AÑOS	14	22,64	7,35
	<65 AÑOS	41	21,51	8,48
SENTIMIENTOS ACTUALES	>65 AÑOS	14	43,64	7,24
	<65 AÑOS	41	43,02	9,39
AFRONTAMIENTO	>65 AÑOS	14	19,71	4,57
	<65 AÑOS	41	18,46	5,57

Escala de Prigerson (punto de corte para duelo patológico > 25) con una media de 38,29 (ds 16,6) en el grupo I y 33,61 (ds 17,4) en el grupo II sin diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias en ambos grupos al analizar las respuestas a cada una de las preguntas por separado (**Tabla 7**).

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

Tabla 7

PRIGERSON TOTAL	EDAD	CASOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
	>= 65 AÑOS	14	38,29	16,69
	< 65 AÑOS	41	33,61	17,41

DISCUSIÓN

Aunque el número de personas vivas de 70 y 80 años o más ha aumentado significativamente en los últimos años (2) y se espera que sigan aumentando y que muchos autores refieren que los ancianos por edad, múltiples pérdidas en corto espacio de tiempo, ausencia de apoyo familiar y disminución de poder económico son un grupo de riesgo para duelo complicado (18), el primer hallazgo que llamó nuestra atención fue el limitado número de derivaciones a salud mental de pacientes mayores por problemas de duelo. Tan solo el 26% de la muestra y dentro de estos, no había ningún paciente mayor de 78 años, lo que puede significar que el duelo en la cuarta edad no es tan visible como en edades anteriores especialmente en gente joven.

Esto puede ser debido a la dificultad de identificar el sufrimiento en el anciano, ya que como apuntan diversos autores, el paciente mayor tiene mayor tendencia a somatizar las respuestas emocionales manteniendo el sufrimiento psicológico a niveles poco llamativos. Sin embargo, el duelo en este grupo de edad sí se relaciona inequívocamente con mayor mortalidad por eventos cardíacos, aumenta los índices de suicidio, las tasas de depresión, de ansiedad, de abuso de alcohol y de ingesta de psicofármacos. El duelo conyugal supone hasta un 12% de pérdida de esperanza de vida y disminuye la proporción de años saludables de vida residual (19).

Aunque la experiencia de pérdida en cada momento del ciclo vital tiene características propias, cada situación tiene su carga dramática y en cada caso hay variables diferentes que pueden complicar la elaboración del duelo (5). Lo cierto es que en la última etapa de la vida, las pérdidas son más constantes y así las características del duelo en la tercera edad es que son duelos múltiples donde se incluyen pérdidas de seres queridos, de la salud física y mental, del trabajo, de los ingresos económicos, de los ideales y proyectos, de la autonomía, del entorno físico y social etc. Y de entre todas las pérdidas, la de la pareja suele descompensar a un nivel muy profundo al superviviente que puede tener dificultad en rehacer su identidad (3). Para Bowlby no solo se pierde en muchas ocasiones al cuidador principal sino a la persona en la que confiar y hacia la que se vuelve uno en busca de ayuda en caso de dificultades (6). La viudez reciente se considera un factor de primer orden en la clasificación de anciano frágil (9).

Pero además, dada la mayor vida media de la mujer, existe una feminización de la ancianidad y por eso no es de extrañar que casi todos los estudios de duelo tengan como protagonistas a mujeres viudas. Este hecho hemos podido constatarlo en nuestros resultados donde tan solo se derivó a 2 varones > 65 años. Sin embargo, también encontramos una gran superioridad de las derivaciones de mujeres jóvenes respecto a los varones y esto sí podría tener relación con diferentes formas de expresión de la pérdida en función del género.

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

En el estudio clásico de Harvard sobre viudos/as se observó que los viudos gastaban mucha energía intentando controlar sus sentimientos y no comprendían por qué su energía y eficacia en el trabajo se hubiera reducido tanto y aunque ellos eran más realistas en aceptar la muerte de su pareja y por ello mostraban menos irritabilidad se sentían inicialmente más culpables que ellas. Sin embargo, ellas tardaban mucho más en superar la culpa que ellos.

Los varones vivían el duelo como sensación de haber perdido algo de sí mismos. Ellas se sentían más abandonadas (6).

La viudedad en el anciano/a requiere importantes ajustes. 35% de viudos/as están deprimidos presentan muchas quejas sintomáticas que mejoran hacia el tercer año, pero en los primeros meses hay más ingresos psiquiátricos y suicidios (20).

En un trabajo en Inglaterra sobre un registro de fallecimientos se reclutaron a las viudas >60 y viudos >65 años y los entrevistaron en su casa entre 4 a 7 meses tras el fallecimiento del cónyuge. La autora observó que los ancianos presentaban un declinar de la salud física y mental y que la muerte de la pareja era un motivo de fuerte estrés. Sin embargo se encontraban confusos, deprimidos o inhibidos y no pedían ayuda aunque la necesitaran (21).

Pero además, nuestros ancianos han sido educados en las creencias de que los problemas se deben guardar para uno mismo porque mostrar las emociones es signo de debilidad y ello les puede llevar a no compartir los sentimientos y a evitar las lágrimas y por añadido, a no buscar ningún tipo de ayuda en la experiencia de duelo y sobre todo, cuando se trata de varones.

Casi todos los autores observan un mayor número de consultas de mujeres, 4-5 mujeres por cada varón (Parkes) aunque hay quien afirma que esto se debe a errores de diseño o restricción de los criterios sintomáticos pues si bien, las mujeres manifiestan mayor distrés en el primer año con un nivel posterior de ajuste similar a los varones, en estos se observaba mayor riesgo de mortalidad y mayores problemas de recuperación a los 2 y 4 años (6,22).

Algunos autores refieren que la pérdida de la pareja aumenta en las mujeres 7 veces el riesgo de padecer patología psiquiátrica y 4 veces más en varones. En nuestro grupo I un 50% consultó por pérdida de la pareja y un 12,5% más, estaban viudas previamente. Sin embargo, no tuvimos ningún varón que consultara al perder la esposa.

Aunque en la literatura se refieren en diversas publicaciones a la resiliencia de la mujer mayor tras la muerte de la pareja, los dos primeros años son una época de mayor riesgo para su salud y para el bienestar social y económico (23).

Según Holmes y Rahe, en la escala de acontecimientos vitales estresantes, la muerte de la pareja supone uno de los más graves y precisa de importantes recursos adaptativos, aunque no es la pérdida en sí sino la percepción de la propia incapacidad de afrontar las demandas en diferentes áreas de la vida, así como la ausencia de soporte social para hacerles frente lo que puede provocar la enfermedad (20).

Hay pocos estudios sobre predictores de duelo complicado y la mayoría se establecen por consenso y no como resultado de un estudio prospectivo (19).

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

Las causas de la muerte también han sido relacionadas con peor evolución del duelo especialmente en casos de muerte súbita o inesperada aunque no todos los autores han confirmado este hecho (15,33). Sin embargo, las muertes en las que intervienen factores humanos o catástrofes con muertes múltiples son más difíciles de superar y entre ellas las muertes por suicidio u homicidio (6,24, 25, 26, 27, 28).

Nosotros encontramos que, la mayoría de las muertes se sucedieron por enfermedad común pero en nuestro grupo I, un caso se produjo por accidente de tráfico y 2 casos por suicidio lo que suponen un 21,4% del total. Uno de los suicidios fue vivido por una mujer que requirió un internamiento psiquiátrico breve preventivo, ya que se trató de una madre que vio arrojarse a su hijo por la terraza y posteriormente lo atendió hasta la llegada de la ambulancia. Posteriormente presentó una afectación emocional intensa medida por la escala TRIG y puntuó muy alto en duelo patológico. El otro caso fue el de un varón tras el suicidio de un hermano, que presentó puntuaciones elevadas en las escalas de ansiedad y depresión pero no en las de duelo. Aunque fueron dos casos muy puntuales, el hecho de que se tratara de un varón y una mujer que puntuaron de forma tan distinta en las escalas apoyaría lo dicho anteriormente acerca de las diferencias en la expresión emocional en función del género, lo que hace pensar que las medidas de duelo en el varón pueden no ser adecuadas con las escalas habituales.

Los factores sociales pueden influir en la progresión adecuada o no del duelo. La soledad favorecería los síntomas depresivos (6) o un peor ajuste posterior (22). Tener hijos dependientes es negativo para algunos (22) pero podría tener ventajas que equilibrarían las desventajas según otros (6,29).

Aunque se supone que el apoyo social podría ser un factor protector (16) está lejos de haber sido demostrado concluyentemente (30). Mientras las teorías del estrés afirman que un buen soporte social cercano es básico para atemperar las consecuencias de una pérdida, las teorías del apego plantean que es incapaz de evitar los síntomas por pérdida de una figura significativa y esto es apoyado por diferentes autores (31,32).

En nuestro grupo de mayores, el 42,9% vivían solas, un porcentaje muy importante si lo comparamos con el mismo hecho en el grupo más joven. Weis diferenciaba entre la soledad del aislamiento social y la del aislamiento emocional. Mientras la primera mejora con grupos de apoyo, la segunda solo puede aliviarse participando en una relación de mutuo compromiso, sin la cual no se logra un sentimiento de seguridad. Esta soledad no desaparece con el tiempo.

Aunque es evidente que es más dramática la soledad emocional, el hecho sobre todo en etapas iniciales del duelo, en las que la persona mayor no comparte su vida con otro adulto, supone en muchos casos un empeoramiento de los autocuidados y a la larga un perjuicio para la salud mental y física.

Sin embargo, otro hecho subjetivo muy importante es, no solo la presencia de adultos en el entorno del deudo sino la calidad de esa relación y la percepción que tenga el doliente de la misma. Así nos encontramos con la sorpresa de que había un mayor porcentaje de jóvenes que no se habían sentido convenientemente apoyados por sus entornos. No obstante, un 14,3% de ancianos tampoco

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

y es en ese grupo en el que tenemos que centrar nuestra atención porque probablemente estén en mayor riesgo de complicaciones.

Otro factor, mucho más objetivo, es el relacionado con los ingresos económicos. En algunos estudios, se ha observado claramente, que la reducción importante de los ingresos aumenta las puntuaciones de duelo complicado en forma significativa ($p < 0,05$) así como los sentimientos actuales ($p = 0,001$) (6). El 50% de nuestras viudas presentaban una reducción significativa de sus ingresos en forma muy superior a la sufrida por el grupo joven ($p = 0,01$). A la soledad marcada en este grupo de edad, le uniríamos la penuria económica como factores posiblemente agravantes del proceso normal del duelo.

La feminización de la ancianidad y el gran porcentaje de mujeres mayores que viven solas con patologías crónicas y polifarmacia o conductas de riesgo hace preciso modificar los sistemas sanitarios que las atienden y otros servicios comunitarios que atiendan sus necesidades (23).

La influencia de las creencias religiosas no está clara. Bowlby decía que no existía una relación unívoca entre el credo religioso en viudas/os y la resolución del duelo (6) aunque sí se acepta que determinadas prácticas culturales pueden impedir una correcta evolución del mismo (24,33) pero para otros autores, la ausencia de creencias religiosas favorecería una peor evolución (20). En nuestra muestra no hubo diferencias significativas entre ambos grupos entre aquellos que decían ser religiosos aunque nos sorprendieron los porcentajes tan elevados en ambos. Una cosa es declararse católicos y otra es el modo en el que estas personas sintieron haberse sentido apoyadas por la Iglesia o como sus creencias pudieran influir en el duelo. En un trabajo previo observamos que los que manifestaban profundas creencias religiosas presentaban menores puntuaciones en el comportamiento tras la muerte medidos por el Texas Revised Inventory pero puntuaban más en sentimientos actuales, lo que se interpretó como que las creencias pudieran atemperar el efecto inicial de la pérdida pero no modifican el distrés posterior (34).

Entre las escalas y cuestionarios utilizados en este estudio empleamos el cuestionario GHQ de Goldberg por tratarse de un instrumento autoadministrable que se emplea para identificar casos psiquiátricos en población general y práctica médica general (35). Empleamos la versión castellana de 28 ítems (12, 13, 14). Los autores aconsejan un punto de corte de 6/7 por su alta sensibilidad con baja proporción de falsos negativos.

Aunque no observamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, los dos superaban por mucho ese punto de corte (11,5 en grupo I y 15 en el grupo II) lo que no era de extrañar puesto que se trataba de población derivada a salud mental. Sí llamaba la atención que el grupo más joven se sentía más enfermo que el grupo de mayores.

El Inventario de depresión de Beck (BDI) es una escala de autoinforme que mide la depresión desde el punto de vista del paciente, lo que nos pareció más interesante que valorarla desde el punto de vista del entrevistador. Existe una versión española (10,36). Los autores plantean unos puntos de corte para población española considerando "depresión moderada" entre 16 y 23 puntos. Nuestros pacientes en ambos grupos se encontraron dentro de este rango aunque nuevamente los jóvenes puntuaron más que los ancianos sin diferencias significativas.

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

La escala de Hamilton es la medida de ansiedad más conocida y utilizada. Es una escala aplicada por el observador que evalúa los síntomas cognitivos y somáticos de la ansiedad. Se considera que existe ansiedad en puntuaciones superiores a 5 (11). Nuestros pacientes de ambos grupos presentaban niveles elevados de ansiedad aunque sobre todo en el grupo más joven ($p < 0,05$).

El Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) es un cuestionario de duelo desarrollado por Faschingbauer, De Vul y Zisook en 1981 (15) que permite evaluar la intensidad de las reacciones tras la pérdida de un ser querido. Tras varias versiones, el definitivo consta de 25 ítems que hemos aplicado a nuestros pacientes.

En la versión americana diferencian un grupo de preguntas relacionadas con "el comportamiento en el momento inmediato tras la muerte" y otras relacionadas con "sentimientos actuales de duelo". En la versión francesa diferencian un tercer factor que llaman "incapacidad para afrontar el duelo" que añadiría un factor pronóstico (16). Existe una versión para población española (17).

No encontramos diferencias entre ambos grupos ni en el comportamiento inmediato tras la pérdida ni en los síntomas actuales ni existieron diferencias en la capacidad de afrontarla aunque las medias fueron ligeramente superiores en el grupo de mayores. Al comparar las preguntas de forma individual tampoco encontramos diferencias significativas salvo para la pregunta 19 ($p < 0,05$) donde los ancianos seguían sintiéndose muy afectados en el momento de la evaluación por la desaparición del ser querido en sus vidas.

El Inventory of Complicated Grief (ICG) es una escala de 19 ítems desarrollada por Prigerson que intentaba discriminar entre duelo normal o complicado. En nuestro caso es interesante porque la escala se desarrolló sobre una población de 97 viudas mayores de 60 años con un tiempo de duelo de 2,8 años (4). La escala estaba formada por dos tipos de componentes, unos derivados del estrés de separación y otros de estrés traumático que afectaría a un 20% de los casos estudiados por estos autores (37).

Establecieron un punto de corte > 25 por considerar que aquellos que puntuaban por encima tenían un mayor empeoramiento general, físico y mental, mayor número de dolores corporales, síntomas depresivos y peor funcionamiento social (4).

Este punto de corte fue ampliamente superado por nuestra muestra en ambos grupos y especialmente en el grupo de mayor edad que tuvieron de media 38,2, lo que no arroja dudas sobre el duelo complicado que sufrían.

En un trabajo reciente, se comenta que un 30% de los duelos en el paciente mayor presentan alguna complicación como depresión mayor (15%), Trastorno por estrés postraumático o duelo complicado (10%-20%) (38) y entre estas complicaciones, el aumento de mortalidad ha sido estudiado por muchos autores (39). En un seguimiento en Reino Unido de 26646 viudos/as > 60 años, observaron un aumento de mortalidad con un pico en el día 90 y otro hacia la fecha de aniversario sin diferencias entre varones y mujeres ni en $>$ o $<$ 75 años. La buena salud previa y el buen nivel socioeconómico previo no eran factores de protección. Concluyen que el duelo en sí aumenta la mortalidad aunque los mecanismos por los que la aumenta y los factores protectores se desconocen (40).

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

En resumen, nuestra muestra de mayores estuvo constituida por mujeres de entre 65 y 78 años que estaban viudas en su mayor parte, siendo en un 50% la pérdida del marido el motivo del duelo actual y de las cuales un porcentaje nada desdeñable del 43% vivían solas aunque la mayoría se sentían apoyadas por su entorno. Aunque era de esperar, todas aquellas que quedaron viudas vieron reducirse de forma muy significativa sus ingresos económicos, hecho este claramente diferente al observado en duelos de gente más joven. Presentaban intensas reacciones de duelo y puntuaciones elevadas de duelos complicados ligeramente superiores al grupo joven. También se encontraban deprimidos, ansiosos y con mala salud general aunque en este caso, menos que los jóvenes quienes claramente decían sentirse menos apoyados socialmente y presentaban elevados síntomas de ansiedad.

CONCLUSIONES

1. Se derivaron muy pocos casos a Salud Mental de pacientes de la tercera edad por evoluciones complicadas de duelo y ninguno de la cuarta edad.
2. Apenas consultaron varones por síntomas relacionados con el duelo.
3. No encontramos diferencias significativas en las escalas específicas de duelo (TRIG e ICG) entre nuestros pacientes jóvenes y mayores aunque presentaban mayor intensidad de duelo los últimos.
4. Ambos grupos presentaban síntomas de depresión moderada, elevada puntuación en ansiedad y peor salud general pero sobre todo el grupo más joven con diferencias significativas en ansiedad.
5. Son necesarios más estudios sobre el proceso de duelo en el paciente mayor haciendo hincapié en los factores protectores y de riesgo en ese grupo de edad y muy especialmente en los varones de los que apenas tenemos datos

BIBLIOGRAFIA

1. Bourgeois M. Deuil, veuvage et psychopathologie. Ann Med Psychol 1992;150(9):678-684
2. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona 1997. Ed Paidós Ibérica.
3. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona 2004. Ed Paidós Ibérica.
4. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds III ChF, et al. Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Research 1995;59:65-79.
5. Pérez M. El duelo en el anciano. www.paliativossinfronteras.com
6. Bowlby J. La pérdida Afectiva. Barcelona 1993. Ed Paidós
7. Clayton PJ, Halikas JA, Maurice WL. The Depression of Widowhood. Brit J Psychiat 1972; 120:71-78
8. Rees D. The Hallucination of Widowhood. Br Med J 1971;4;37-41

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

9. Martínez EM. Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del siglo XXI. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. www.eltallerdigital.com
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. New York 1983. 3ªed. The Guilford Press.
11. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959;32:50-9
12. . Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. Psychol Med 1986;16:135-40
13. Goldber D, Williams P: Cuestionario de salud general (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas por A Lobo y PE Muñoz. Barcelona 1996. Ed Masson.
14. Molina J. Aportaciones al desarrollo de la versión española del GHQ de Golberg de 28 items. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 1997.
15. Faschingbauer TR. Zisook S, DeVaul R. The Texas Revised Inventory of Grief. In Biopsychosocial Aspects of Bereavement (ed Zisook) pp 11-124. 1987. American Psychiatric Press: Washington DC
16. Paulhan I, Bourgeois M. Le questionnaire de deuil TRIG (Texas revised Inventory of Grief). Traduction Francaise et validation. L'encephale 1995;XXI:257-62
17. Garcia JA, Landa C, Trigueros MC, Gaminde I . Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Aten Primaria 2005;35(7):353-8
18. Neimeyer RA, Baldwin SA, Gilles J. Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. Death Stud 2006;30:715-38
19. Pejenante ME, Reyes M, Grasa R. Medidas de Atención al Duelo en el Anciano. Formación Médica Continuada en AP 2013;20(4):204-8
20. Sawa RJ. Widowhood. Can Fam Physician 1986;32:2659-2662
21. Cartwright A. The role of the general practitioner in helping the elderly widowed. J Royal College of Gen Practitioners 1982;32:215.227
22. Parkes CM. Bereavement. Studies of grief in adult life. London & New York 1996. 3rd ed. Roulledge.
23. DiGiacomo M, Lewis J, Nolan MT, Phillips J, Davidson P. Health transitions in recently widowed older women: a mixed methods study. BMC Health Services Research 2013;13:143
24. Tizón J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez-Barquero JL (de): Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid 1998. Grupo Aula Médica.
25. Brent DA, Perper J, Moritz G, Allman C, Liotus L, Schweers J, Roth C, Balach L, Canobbio R. Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993 Nov; 32(6): 1189-97
26. Watson WL, Lee D. Is there life after suicide? The systemic belief approach for "survivors" of suicide. (Abstract). Arch Psychiatr Nurs 1993 Feb; 7(1): 37-43
27. Valente SM, Saunders JM. Adolescent grief after suicide. Crisis 1993; 14(1): 16-22
28. Parkes CM. Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter. Br J Psychiatry 1993;162:49-54

DUELO EN EL PACIENTE MAYOR

29. Bachar E, Canetti L, Bonne O, et al. Psychological well-being and ratings of psychiatric symptoms in bereaved Israeli adolescents: differential effect of war-versus accident-Related bereavement. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(6):402-6
30. Thoits PA. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behavior* 1982;23:145-59
31. Stroebe W, Stroebe M, Abakoumkin G, Schut H. The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. *J Pers Soc Psychol* 1996 Jun; 70(6): 1241-9
32. Jacobs S. *Pathologic Grief*. Washington 1993. Ed American Psychiatric Press, Inc.
33. Olmeda MS. *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid 1998. Ed Master Line SL.
34. Olmeda MS. *El duelo en un Centro de Salud Mental*. Tesis doctoral. UAM. Madrid 2000
35. Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. *Enfermedad mental en Atención Primaria*. Madrid 1996. Ed Flas SL
36. Conde V, Estéban T: Estudio crítico de la fiabilidad y validez del inventario de Beck. *Archivos de Neurobiología* 1976;39:313-38
37. Prigerson HG, Shear MK, Frank E et al. Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *Am J Psychiatry* 1997;154(7): 1003-9
38. Miller MD. Complicated Grief in late life. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:195-202
39. Williams BR, Zhang Y, Sawyer P, Mujib M, Jones LG and cols. Intrinsic Association of Widowhood with Mortality in Community-Dwelling Older Women and Men: Findings from a prospective propensity-matched population study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66A(12):1360-1368
40. Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Victor CR, Cook DG. Do Good Health and Material Circumstances Protect Older People from the Increased Risk of Death After Bereavement? *Am J Epidemiol* 2012;176(8):689-698