

## ORIGINALES

# Intervención de ayuda en pacientes en duelo

**M. González Villar, M.N. Madoz Zubillaga, F. Calle Irastorza, J.J. Jurío Burgui,  
A. Arillo Crespo y M.C. Fuertes Goñi**

Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Txantrea (Pamplona). Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.

**Objetivo.** Principal: realizar una descripción de las características de los dolientes en una zona urbana. Secundarios: describir los factores de riesgo de duelo patológico y la distribución de duelos resueltos y tendentes a cronificarse.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Emplazamiento.** Centro de Salud Txantrea (Pamplona).

**Pacientes.** Muestreo consecutivo de todos los familiares de personas fallecidas entre enero y julio de 1999. En 4 unidades básicas de atención (UBA), se realiza un seguimiento protocolizado del duelo con 62 dolientes durante 8 meses. En las otras 8 UBA, los 21 dolientes captados han formado el grupo control.

**Intervención.** Entrevista inicial con factores de riesgo de duelo patológico descritos en el PAPPS. Consultas periódicas basadas en la relación de ayuda. Entrevista final con test de ITRD (Texas Revised Inventory of Grief Manual) para determinar la evolución del duelo.

**Medición y resultados principales.** Más de un 90% tenía algún factor de riesgo. Proporciones importantes con autopercepción de dificultad de superación de duelos anteriores. Más de un 50% no ha acudido ni siquiera a la mitad de las visitas, habiéndose relacionado con bajo nivel de ingresos ( $p < 0,005$ ) y con antecedentes de depresión ( $p < 0,04$ ). El bajo nivel de ingresos se relaciona con una peor evolución del duelo ( $p < 0,01$ ). Altos porcentajes de duelos prolongados y retrasados, sin que se hayan observado diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control.

**Conclusiones.** Proporciones elevadas de dolientes con factores de riesgo. Altos porcentajes de falta de adhesión al programa propuesto. Elevado número de duelos prolongados y retrasados.

**Palabras clave:** Duelo. Atención primaria. Prevención. Salud mental.

## INTERVENTION TO ASSIST GRIEVING PATIENTS

**Objectives.** Principal: to describe the characteristics of grievers in an urban area.

Secondary: to describe the risk factors for pathological grief, and the distribution of those cases of grief which are resolved and those tending to become chronic.

**Design.** Descriptive study.

**Setting.** Txantrea Health Centre, Pamplona.

**Patients.** Consecutive sampling of all the family members of people who died between January and July 1999. In 4 basic care units, a grief-monitoring procedure was followed with 62 bereaved persons for 8 months. In the 8 other basic care units, the 21 bereaved people recruited formed a control group.

**Intervention.** Initial interview with risk factors of pathological grief described in the PAPPS. Periodical consultations for help. Final interview with test from the Texas Revised Inventory of Grief Manual to determine the evolution of grief.

**Measurements and main results.** Over 90% had some risk factor. Considerable numbers were self-aware of difficulty in overcoming earlier grief. Over 50% did not attend even half their appointments, which was related to low income ( $p < 0,005$ ) and background of depression ( $p < 0,04$ ). Low income was related to worse evolution of grief ( $p < 0,01$ ). There were high proportions of prolonged and delayed grief, without any differences found between the intervention and control groups.

**Conclusions.** There were large numbers of bereaved people with risk factors, frequent failure to adhere to the proposed programme, and a high number of cases of lengthy and delayed grief.

**Key words:** Grief. Primary care. Prevention. Mental health.

Correspondencia: Ana Arillo Crespo.  
Centro de Salud Txantrea. C/ San Cristóbal, s/n. 31015 Pamplona. Navarra.

Manuscrito aceptado para su publicación el 30-X-2000.

## Introducción

En la práctica de un centro de salud son frecuentes los problemas psicosociales. Si la relación es adecuada, casi todos los consultantes manifestarán algún tipo de esas situaciones al médico/a y enfermera<sup>1</sup>. Según datos internacionales<sup>2,3</sup>, los pacientes diagnosticables de «trastorno mental» representan la cuarta parte de los/las consultantes. En nuestro país<sup>4-6</sup>, se apunta la cifra del 29% de la consulta «normal» y hasta el 68% de los «habituales». Es mucho lo que puede ofrecerse a determinados grupos de personas en las que se detectan factores de riesgo de trastornos mentales futuros<sup>7-11</sup>. Las transiciones psicosociales producen importantes reacciones psicológicas. La fase de adaptación<sup>12-14</sup> puede producir trastornos detectables en la entrevista clínica<sup>15</sup>. El duelo supone un riesgo aumentado de presentar un trastorno mental<sup>16-20</sup>.

Freud introdujo en 1917<sup>21</sup> el término duelo como una reacción no sólo ante la muerte de un ser querido, que constituye el duelo por excelencia<sup>22</sup>, sino ante pérdidas menos obvias. El seguimiento del duelo por el profesional de atención primaria, que es quien ha atendido a la familia<sup>23</sup>, puede contribuir a la prevención de trastornos psicopatológicos<sup>24</sup>. El PAPPS<sup>25</sup> propone priorizar la atención sobre el duelo.

El objetivo general de este trabajo es evaluar la factibilidad de una intervención de ayuda en el duelo como prevención de patología mental. Como objetivos espe-

cíficos, describir las características de los dolientes en un grupo de intervención y otro control, valorando los factores de riesgo de desarrollar duelo patológico; conocer y comparar la incidencia de duelos tendentes a cronificarse y de duelos resueltos en ambos grupos; analizar la relación entre los factores de riesgo y la resolución del duelo; describir los resultados de la intervención según el parentesco con la persona fallecida y conocer las derivaciones a salud mental o la psicopatología presentada, considerando el número de visitas por «signos y síntomas mal definidos».

## Material y métodos

El estudio se ha llevado a cabo en el Centro de Salud de Txantrea, que atiende a una población de 19.400 habitantes y cuenta con 12 unidades básicas de atención (UBA). Se trata de un estudio descriptivo de una cohorte de dolientes, para cuya obtención se realizó en 4 UBA un muestreo consecutivo de quienes habían sufrido en el mes previo la pérdida de un familiar, conviviente o allegado. El seguimiento se realizó durante 8 meses, habiendo terminado el trabajo de campo en febrero de 2000. Se elaboró un protocolo de estudio, con la metodología a seguir<sup>26-28</sup> basada en la «relación de ayuda».

Transcurridas 3-4 semanas del fallecimiento, a los dolientes de las UBA pertenecientes al grupo de intervención se les hacía la propuesta de ser incluidos en el estudio, manifestando tanto nuestra voluntad de ayuda como los resultados satisfactorios que se vienen dando en este terreno y la utilidad que puede tener el apoyo. Dicha propuesta se realizaba indistintamente por parte del médico, del residente adscrito si era el caso (en dos de las UBA) o de la enfermera. A las personas que aceptaban, se les daba una cita programada de 15 minutos, tiempo que se repetiría en las sucesivas visitas de seguimiento. En la encuesta inicial, autoelaborada, se recogían 23 variables (véase anexo). La valoración de disfunción familiar se realizó mediante el test de APGAR<sup>29</sup> y el nivel de autoestima fue medido por el test de Rosenberg<sup>30</sup>. Se consideró paciente de riesgo a aquel que presentaba uno o más de los siguientes

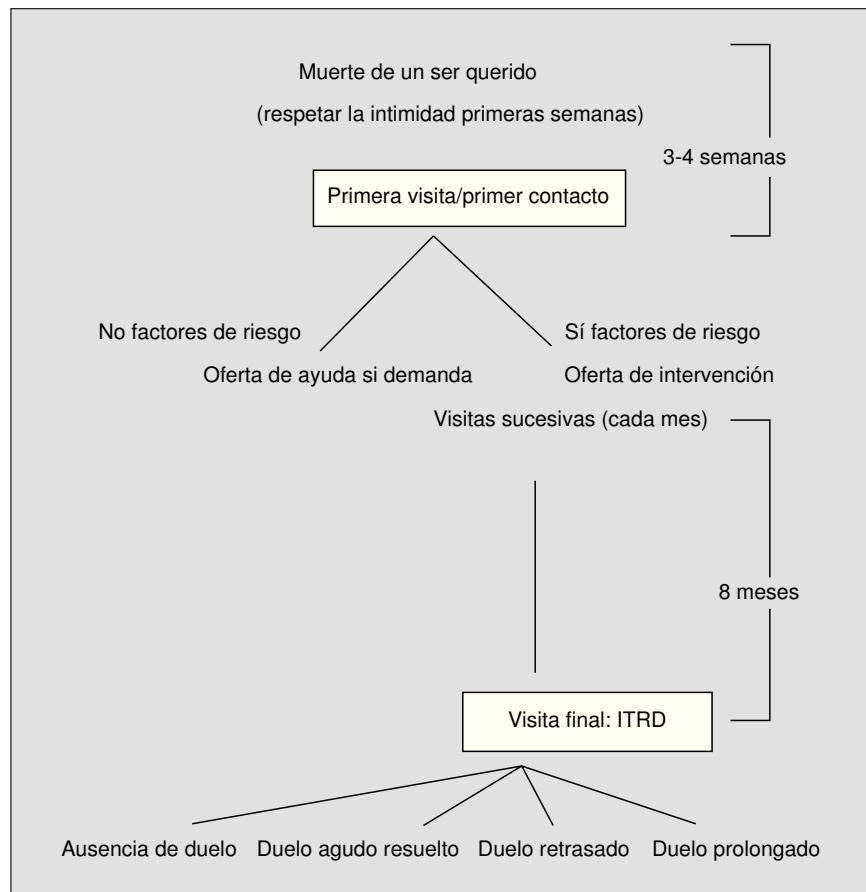


Figura 1. Actuación según presencia o no de factores de riesgo.

factores: ser viuda, viudo mayor de 75 años, muerte por accidente o suicidio, sensación de soledad, autopercepción de duelos previos difíciles de superar, disfunción familiar, más de 4 personas en el hogar, estudios primarios, desempleo, ingreso estimado < 68.000 pts./mes, autopercepción de relación conflictiva con el fallecido, asistencia previa al psiquiatra, antecedentes de depresión, consumo de drogas y baja autoestima. A quienes no presentaban ningún factor de riesgo se les exponía que no tenían ninguno de los factores de riesgo teóricamente descritos para desarrollar un duelo patológico, quedando no obstante a su disposición si precisaban nuestra ayuda. Al resto se les proponía la intervención mediante consultas de periodicidad aproximadamente mensual (fig. 1). Dichas visitas de seguimiento fueron realizadas por el mismo profesional que había realizado la entrevista inicial (médico/a, enfermera, residente).

A los 8 meses se realizó la entrevista final, en la que se recogía la psicopatolo-

gía en la consulta durante el período estudiado, el número de visitas, la derivación a salud mental, las creencias religiosas y el número de visitas al cementerio. Cada doliente autocumplió el test ITRD<sup>31</sup> (Texas Revised Inventory of Grief Manual). Dicho test investiga el nivel de identificación de la persona doliente con una serie de estados anímicos formulados en sucesivas frases. Consta de dos partes, la primera referida a la situación al inicio del duelo, que consta de 8 frases, y la segunda, compuesta por 13 frases, que se refiere a la reacción ante el duelo al realizar la entrevista final. Las posibles respuestas son: «completamente verdadero», «verdadero», «ni verdadero ni falso», «falso» y «completamente falso». En la valoración del ITRD se utilizó como punto de corte la mediana y se clasificaron las personas por encima y por debajo de ésta. Si el resultado del ITRD del presente era alto, se clasificaba como «duelo prolongado» o «duelo retrasado» (con ITRD para el pasado, alto y bajo,

**TABLA 1. Factores sociodemográficos y motivo de fallecimiento**

	Grupo de intervención			Grupo de control		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%
<b>Grupos de edad (años)</b>						
< 21	2	3,23	0,56-12,17	0		
21-40	19	30,65	19,90-43,80	2	9,52	1,62-28,05
41-60	13	20,97	12,05-33,52	5	23,81	9,11-47,55
> 60	28	45,16	32,17-58,24	14	66,66	44,90-84,10
<b>Estado civil</b>						
Casado/a	26	41,94	29,74-55,12	16	76,19	54,85-90,71
Viudo/a	21	33,87	22,64-47,10	3	14,29	3,76-37,35
Soltero/a	12	19,35	10,81-31,74	2	9,52	1,66-31,82
Separado/a	3	4,84	1,25-14,37			
<b>Sexo</b>						
Mujer	42	67,74	54,54-78,73	16	76,19	52,44-90,88
Varón	20	32,26	21,26-45,45	5	23,81	9,11-47,55
<b>Respecto al fallecido</b>						
Hijo/a	20	32,26	21,26-45,45	8	38,10	18,95-61,30
Esposa	10	16,13	8,41-28,12	6	28,57	12,19-52,31
Hermano/a	8	12,90	6,12-24,40	3	14,29	3,76-37,35
Padre/madre	7	11,29	5,03-22,48	1	4,76	0,24-25,87
Esposo	4	6,45	2,08-6,49	1	4,76	0,24-25,87
Nuera/yerno	2	3,23	0,56-12,17	2	9,52	1,66-31,82
Amiga	1	1,61	0,08-9,83			
<b>Motivo del fallecimiento</b>						
Enfermedad crónica	29	46,77	34,16-59,78	11	52,38	30,33-73,61
Enfermedad aguda	15	24,19	14,59-37,01	3	14,29	3,76-37,35
Accidente	10	16,13	8,41-28,12	3	14,29	3,76-37,35
Causa natural	7	11,29	5,03-22,48	3	14,29	3,76-37,35
Otras	1	1,61	0,08-9,83	1	4,76	0,24-25,87
Total	62	100		21	100	

**TABLA 2. Grupo de intervención. Distribución de factores de riesgo de duelo patológico**

	N	%	IC del 95%
<b>Factores de riesgo situacionales</b>			
Antecedentes de duelos previos no resueltos	34	54,83	41,75-67,13
Sensación de sentirse solo	11	17,41	9,60-29,94
Viven solos	9	14,51	7,25-26,27
Disfunción familiar	3	4,83	1,25-14,37
<b>Factores de riesgo individuales</b>			
Conviven más de 4 personas	13	20,96	12,05-33,52
Conviven 2 o más niños pequeños	5	8,06	3,00-8,54
Sin estudios o con estudios primarios	37	59,67	46,45-71,69
Desempleo	4	6,45	2,08-6,49
Nivel de ingresos < 68.000 pts./mes	25	40,32	28,30-53,54
«Se llevaba mal» con la persona fallecida	5	8,06	3,00-8,54
Antecedentes de patología mental	16	25,80	15,89-38,73
Test de autoestima bajo	27	43,54	31,20-56,68
Antecedentes de depresión	10	16,12	8,41-28,12
Antecedentes de consumo de drogas	3	4,83	1,25-14,37

respectivamente). Si el resultado del ITRD del presente era bajo, se clasificaba de «duelo agudo resuelto» o «ausencia de duelo» (con ITRD para el pasado alto y bajo, respectivamente). La captación de dolientes del grupo control se hizo a partir del fichero de mortalidad de los pacientes de las otras 8 UBA del centro de salud. Cuatro semanas después del fallecimiento, el médico/a de familia hacía la propuesta de inclusión. A los que aceptaban se les explicaba que se pondría en contacto con ellos otro/a médico/a al cabo de 6-7 meses. La entrevista final fue realizada fundamentalmente por 2 residentes que no habían tomado parte en el grupo de intervención. Se recogían los mismos datos que en la entrevista final del grupo de intervención.

El análisis de las variables cualitativas se realizó mediante el estadístico ji-cuadrado y en las cuantitativas se utilizó un test no paramétrico de comparación de medias independientes. Se realizó la U de Mann-Whitney-Wilcoxon Rank Sum W Test. Se utilizó el programa informático SPSS.

## Resultados

### Grupo de intervención

Se propuso la intervención a 87 pacientes, habiendo aceptado 62. Los motivos de quienes declinaron la inclusión fueron: falta de predisposición anímica en 16 casos (64%); incompatibilidad de horarios en 3 casos (12%), y falta de tiempo, cambio de domicilio y encontrarse de vacaciones en un caso, respectivamente (4%).

La edad media del doliente fue de 53,12 años (DE, 19,08) y la edad media del fallecido de 63,69 años (DE, 18,2). La distribución de edad, sexo, estado civil, relación con el fallecido y motivo del fallecimiento se reflejan en la tabla 1. La distribución según los diferentes factores de riesgo se muestra en la tabla 2. Según el número de factores de riesgo, se ha hallado que 6 pacientes (9,68%) no presentaban ningún factor de riesgo; 4 (6,45%) tenían uno; 15 dolientes (24,19%) presentaban 2; otros 15 tenían 3; 8 personas (12,90%)

**TABLA 3. Resultados Test de ITRD en el grupo de intervención y control**

	Intervención			Control		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%
Ausencia de duelo	18	32,14	20,64-46,09	7	33,33	15,48-56,89
Duelo resuelto	10	17,85	9,34-30,84	4	19,04	6,28-42,57
Duelo prolongado	18	32,14	20,64-46,09	4	19,04	6,28-42,57
Duelo retrasado	10	17,85	9,34-30,84	6	28,57	12,19-52,31
Total	56	100,00		21	100,00	

**TABLA 4. Grupo de intervención. Factores de riesgo y evolución del duelo**

Evolución del duelo	Resuelto o no duelo	Prolongado o retrasado	Total	Nivel de significación
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Factores de riesgo situacionales</b>				
Duelo previo no resuelto	15 (45,45)	18 (54,54)	33 (100,00)	n.s.
Sentimiento de soledad	5 (50,00)	5 (50,00)	10 (100,00)	n.s.
Vive solo	2 (25,00)	6 (75,00)	8 (100,00)	n.s.
Disfunción familiar	0 (0,00)	2 (100,00)	2 (100,00)	n.s.
<b>Factores de riesgo individuales</b>				
Convivencia > 4 personas	1 (12,50)	7 (87,50)	8 (100,00)	n.s.
Convivencia de ≥ 2 menores	2 (40,00)	3 (60,00)	5 (100,00)	n.s.
Sin estudios, primarios o medios	18 (48,64)	19 (51,35)	37 (100,00)	n.s.
Desempleo	2 (50,00)	2 (50,00)	4 (100,00)	n.s.
Ingresos < 68.000 pts./mes	8 (32,00)	17 (68,00)	25 (100,00)	p < 0,01
Mala relación con el fallecido	2 (50,00)	2 (50,00)	4 (100,00)	n.s.
Antecedentes de patología mental	5 (35,71)	9 (64,28)	14 (100,00)	n.s.
Antecedentes de depresión	3 (30,00)	7 (70,00)	10 (100,00)	n.s.
Test de autoestima bajo	11 (40,74)	16 (59,25)	27 (100,00)	n.s.
Consumo de drogas	1 (33,33)	2 (66,67)	3 (100,00)	n.s.

mostraban 4 factores, y la misma cantidad de pacientes tenían 5; en 2 casos (3,23%) se hallaron 6 factores; en 3 (4,84%) se detectaron 7 factores, y por último una persona (1,61%) tenía 8 factores de riesgo. Al realizar el análisis bivariante, se han encontrado asociaciones entre sexo femenino y tener algún factor de riesgo situacional ( $p < 0,03$ ), sensación de soledad ( $p < 0,03$ ) y tener autopercepción de dificultad en haber superado algún duelo anterior ( $p < 0,001$ ). Han sido derivadas en mayor proporción a salud mental aquellas personas que convivían con el fallecido ( $p < 0,04$ ). Se han hallado porcentajes ( $p < 0,03$ ) superiores de dolientes que han acudido a la consulta por síntomas mal definidos

entre quienes viven solos. Se ha observado un menor cumplimiento en las visitas entre bajos niveles de ingresos ( $p < 0,005$ ). Los pacientes con antecedentes de depresión han sido más derivados ( $p < 0,002$ ) a salud mental y han acudido en menor proporción ( $p < 0,04$ ) a las consultas programadas para abordar el duelo. Ha habido 6 personas del grupo de intervención en las que no se ha podido realizar la entrevista final; 2 casos por imposibilidad de localización, otros 2 por cambio de domicilio; uno por fallecimiento y otro debido a problemas horarios. En relación con las variables recogidas en la entrevista final, 17 personas (30,35%) han presentado psicopatología en la consulta. Un paciente (4,76%) han sido derivado a salud mental. Ocho pacientes (38,09%) han acu-

do derivadas a salud mental; 8 pacientes (14,28%) han acudido a la consulta durante el período estudiado por síntomas o signos mal definidos; 45 dolientes (80,35%) tienen creencias religiosas. Un total de 29 personas (51,78%) han realizado 4 o más visitas programadas. Se ha encontrado que 39 personas (69,64%) realizan una visita mensual o menos al cementerio.

Los resultados del ITRD se muestran en la tabla 3. La relación entre la presencia o no de factores de riesgo y la evolución del duelo pueden verse en la tabla 4. Se ha observado mayor porcentaje de duelos prolongados o retrasados entre los pacientes con bajo nivel de ingresos ( $p < 0,01$ ), sin haberse detectado otras asociaciones.

### Grupo control

Se captaron 68 casos, habiendo aceptado 21 de ellos. Entre quienes declinaron participar, hubo 26 mujeres (54,17%) y 22 varones (45,83%). En relación a los motivos, se hallaron 19 casos (40,43%) en que se debió a falta de predisposición anímica; en otros 10 casos (21,28%) a razones psicofísicas; 8 pacientes (17,02%) refirieron incompatibilidad de horario, y el mismo porcentaje cambió de zona de residencia; en un caso (2,13%) el motivo fue la falta de tiempo y en otro no estaba registrada la causa. En 11 casos (23,40%) se observó que también había habido rechazo de otros miembros de su familia.

La edad media del doliente fue de 59,9 años (DE, 12,9) y la edad media de la persona fallecida de 81,76 años (DE, 19,00). Los datos referidos a la distribución de sexo, estado civil, relación con el fallecido y causa del fallecimiento se muestran en la tabla 1. En la entrevista final, 4 personas (19,05%) han presentado psicopatología en la consulta. Un paciente (4,76%) han sido derivado a salud mental. Ocho pacientes (38,09%) han acu-

dido a consulta por «síntomas o signos mal definidos». Veinte dolientes (95,24%) refieren creencias religiosas. En 15 casos (71,42%) se acude al cementerio con periodicidad mensual o inferior. Los resultados del ITRD se reflejan en la tabla 3.

### *Comparación de las variables estudiadas en la entrevista final entre los 2 grupos*

No se han detectado diferencias significativas en los factores sociodemográficos entre ambos grupos, excepto respecto a la edad media de la persona fallecida, que ha resultado ser superior en el grupo control ( $p < 0,006$ ).

El porcentaje de dolientes que ha acudido por síntomas y signos mal definidos ha sido significativamente superior en el grupo control ( $p < 0,04$ ).

Comparando las medias de las puntuaciones obtenidas en el ITRD del pasado, en el grupo de intervención se han encontrado resultados ( $p < 0,002$ ) más patológicos, siendo la media 6,2 puntos más alta ( $\bar{X}, 24,4$ ) que en el grupo control ( $\bar{X}, 18,1$ ) con una desviación típica de 8,06 y 6,03, respectivamente. También al comparar las medias de puntuaciones del test «ITRD en el presente» se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de intervención y el control ( $p < 0,009$ ). La media del grupo de intervención en relación con la reacción ante el duelo ( $\bar{X}, 46,9$ ) es mayor que la observada en el control ( $\bar{X}, 38,2$ ) con una desviación típica de 12,9 y 12,0, respectivamente.

Estas diferencias se han estudiado al estratificar a los pacientes según factores de riesgo. En relación a ser mujer del fallecido (4 casos y 6 controles) no se observan diferencias significativas entre ambos grupos. En el resto, es decir, cuando no era la mujer del fallecido, se confirman diferencias significativas tanto en el ITRD pasado ( $p < 0,0021$ ) como

en el presente ( $p < 0,01$ ), con resultados igualmente más bajos en el grupo control. Entre los convivientes (24 casos y 13 controles), no se han observado diferencias significativas para el ITRD en el pasado ( $p < 0,045$ ) ni en el presente. En los no convivientes se han detectado diferencias significativas tanto en el ITRD del pasado ( $p < 0,003$ ) como en el presente ( $p < 0,01$ ), siendo asimismo más bajo el resultado del ITRD del grupo control.

En cuanto al estado civil, entre los casados (23 casos y 16 controles), se confirman diferencias tanto para el ITRD del pasado ( $p < 0,012$ ) como para el presente ( $p < 0,011$ ), siendo el resultado más bajo en el grupo control. En el caso de que el doliente no estuviese casado, no hay diferencias significativas entre los 2 grupos. Si la muerte había ocurrido de forma repentina (10 casos y 3 controles), no se han hallado diferencias significativas para el ITRD del pasado ( $p < 0,167$ ) pero sí para el presente, si se asumen variancias del 0,006. Si la muerte había sucedido por enfermedad u otras causas, las diferencias eran significativas tanto para el ITRD del pasado ( $p < 0,005$ ) como para el presente ( $p < 0,016$ ), encontrando también mejores resultados en el grupo control.

### **Discusión**

El porcentaje de pacientes que declinó la participación se encuentra algo por encima de lo observado en otros estudios de características similares<sup>32</sup>, pudiendo quizás atribuir dicho incremento a la situación psicológica por la que atraviesa la persona doliente. El alto porcentaje de dolientes que considera tener antecedentes de duelos previos mal resueltos puede inscribirse en la línea de otras investigaciones<sup>33</sup>. La amplia distribución observada de personas con bajos niveles de estudios y de ingresos mensuales se

corresponde con el Censo de 1995. La relación observada entre el sexo femenino y la autopercpción de antecedentes de duelos previos mal resueltos puede relacionarse con diversos estudios<sup>34,35</sup> en los que se ha encontrado que las mujeres son más vulnerables ante los acontecimientos adversos.

Llama la atención que en más de la mitad de los casos no se hayan realizado las visitas estipuladas en el estudio, aunque el hecho de que se haya encontrado relacionado con el bajo nivel de ingresos y con antecedentes de depresión corrobora las observaciones de diferentes estudios<sup>36</sup>, en los que se ha observado que estos factores actúan como predisponentes en la forma de utilizar los recursos de salud.

No hemos podido comparar los resultados obtenidos con el test del ITRD por no haber encontrado otros estudios realizados con dicho instrumento y de similares características al nuestro. La relación observada entre un mayor porcentaje de duelos patológicos y menores niveles de ingresos iría en la línea de los resultados de diversas investigaciones<sup>37</sup> donde las rentas bajas se muestran como un factor de riesgo de desarrollo de patología mental.

El hecho de haber partido del fichero de mortalidad para la captación de dolientes en el grupo control ha podido restringir el tamaño de la muestra de controles, dado que se captó exclusivamente a las personas convivientes.

El elevado porcentaje de pacientes del grupo control que no aceptó formar parte del estudio podría quizás explicarse por haber transcurrido 8 meses del evento, sin ningún contacto intermedio, y también por el hecho de ser un médico residente, en ocasiones no conocido por el paciente, el que realizase la entrevista final.

La observación de diferencias significativas en la mayor proporción de pacientes del grupo control que han acudido por sínto-

mas y signos mal definidos parece querer indicar que la intervención ha supuesto una labor preventiva de desarrollo de patología mental. Existen investigaciones<sup>38</sup> que han demostrado la relación entre patología mental y asistencia por síntomas y signos mal definidos.

No haber encontrado una mejor evolución del duelo entre quienes se ha intervenido puede estar en relación con las limitaciones de la muestra obtenida y con el insuficiente tiempo de duración de la intervención. El hecho de que, al estratificar por factores de riesgo, se haya encontrado que en los casos en que puede haber un duelo más prolongado (ser la mujer del fallecido o ser conviviente o no estar casado o muerte repentina) no existiesen diferencias significativas entre ambos grupos puede querer indicar que, en estos casos, se necesitase un tiempo más prolongado para resolver el duelo.

### Agradecimiento

A todos los profesionales del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Txantrea, en especial a M. José Etxarte, M. Dolores García de la Noeda, M. Luisa Barandiarán, M. Victoria Lorenzo, Eugenia Ancizu, Fernando Cortés y Margarita Ariz, sin cuya colaboración no hubiese podido realizarse este trabajo. A la socióloga Idoia Gaminde y al psiquiatra José Ramón Varo, por sus orientaciones y constante estímulo para la realización de la investigación.

### Bibliografía

1. Tizón JL. Apuntes para una psicología basada en la relación. Barcelona: Hogar del Libro, 1988.
2. Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community, fathaway to psychiatric care. Londres: Tavistock, 1988.
3. Prevention of psychiatric disorders in general practice. Londres: Royal College of General Practitioners, 1981.
4. Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrino N, Plans R. La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: una perspectiva desde la neuropsiquiatría de zona. *Psiquis* 1986; 71: 37-58.
5. Padíerna JA. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria. Detección y derivación por el médico de familia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1988; 8: 24-34.
6. Tizón JL, Spagnolo E. La neuropsiquiatría de zona dentro de la asistencia primaria actual: una investigación con resultados críticos (I y II). *Revista Española de Sanidad e Higiene Pública* 1986; 60 y 61; 463-497 y 711-744.
7. Melges FT, De Maso DR. Grief resolution therapy: reliving, revising and revisiting. *Amer J Psychotherapy* 1980; 34: 51-61.
8. Fergusson DM, Horwood LD. Vulnerability to life events exposure. *Psychological Med* 1987; 17: 739-749.
9. Finney JW, Riley AW, Cataldo MF. Psychology in primary health care: effects of brief targeted therapy of children's medical care utilization. *J Pediatric Psychology* 10: 447-461.
10. Balint E, Norell JS. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires: Paidós, 1973.
11. Tizón JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1992.
12. Montoya-Carrerasquilla J. Facilitando el duelo normal en el adulto. *Psicogeriatria* 1993; 9: 35-43.
13. Parkes CM. The psychosomatic effects of bereavement. En: Hill BW, compilador. Modern traits in psychosomatic medicine. Londres: Butterworth, 1970.
14. Blanco Picabia A. Edad y respuesta a la muerte. *An Psiquiatria* 1990; 6: 142-145.
15. Medalie JH. Bereavement: health consequences and prevention strategies. En: Goldblum RB, Lawrence RS, editores. Preventing disease. Beyond the rhetoric. Nueva York: Springer-Verlag, 1990.
16. Bruce ML, Kim K, Leaf PJ, Jacobs S. Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am J Psychiatry* 1990; 147 (5): 608-611.
17. Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman L, Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (7): 269-274.
18. Zisook S, Shuchter SR. Depression th-
- rough the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (10): 1346-1352.
19. Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA, Paulus M, Judd LL. The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Supl): 29-36.
20. Zisook S, Paulus M, Shuchter SR, Judd LL. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord* 1997; 45 (1-2): 85-94.
21. Freud S. Obras completas. Vol I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
22. García García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde Y. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18 (9): 475-479.
23. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1968.
24. Astudillo W, Mendieta C. La asistencia del proceso de duelo. En: Astudillo W, Mendieta C, Astudillo E, editores. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: EUNSA, 1995; 307-315.
25. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón C et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud: recomendaciones del PAPPS. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 133-192.
26. Tizón J. El duelo y las experiencias de pérdida en psiquiatría en atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; 519-540.
27. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica (3.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1991; 339-349.
28. Borrell y Carrión. Manual de entrevisita clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
29. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1979; 6: 1231-1233.
30. Rosenberg M. Conceiving self. Nueva York: Bassis Books, 1979.
31. Faschingbauer TR, DeVaul RA, Zisook S. Test ITRD. Texas Revised Inventory of Grief Manual. Houston: Honeycomb Publ., 1981; 1978.
32. Bebbington PE, Dean C, Ger G, Hurry I, Tennant C. Gender, parity and prevalence of minor affective disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 561-580.
33. Zisook S, Paulus M, Shuchter SR, Judd LL. The many faces of depression following spousal bereavement.

- Journal of Affective Disorders 1997; 45: 85-95.
34. Boyd J, Weissman M. Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions. Arch Gen Psychiatr 1981; 38: 1039.
35. Paykel ES. Depression in women. Br J Psychiatr 1991; 158: 22-30.
36. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Quarterly 1973; 51: 95-124.
37. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental en la Comarca del Baix Llobregat (Barcelona). Informaciones Psiquiátricas 1990; 120: 111-130.
38. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental en la Comarca del Baix Llobregat (Barcelona). Informaciones Psiquiátricas 1990; 120: 11-130.

#### ANEXO. Encuesta inicial

##### VISITA INICIAL

###### Datos de filiación

N.º de historia

Nombre y apellidos

Teléfono

1. Edad

2. Sexo Varón  Mujer

3. Estado civil Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a-Separado/a  Viudo/a

###### Datos de la persona fallecida

N.º de historia del fallecido

4. Fecha del primer contacto-visita

5. Fecha del acontecimiento

6. En relación con la persona fallecida usted es

Padre/madre  Hijo/a  Marido  Mujer  Hermano/a

Suegro/a  Yerno/nuera  Otros familiares de segundo grado  Amigo, allegado

7. Convivía en el mismo domicilio de la persona fallecida Sí  No

8. Edad de la persona fallecida

9. Causa del fallecimiento

Causas naturales  Enfermedad aguda  Enfermedad crónica

Accidente  Suicidio  Otras

###### Factores de riesgo situacionales

10. Vive solo Sí  No

11. En general, tiene la sensación de encontrarse solo Sí  No

12. ¿Ha tenido algún otro fallecimiento de un ser querido que le haya costado superar? Sí  No  No sabe/no contesta

13. Test de APGAR Disfunción  No hay disfunción

###### Factores de riesgo individuales

14. ¿Cuántas personas viven en el hogar? Más de 4  Cuatro o menos

15. ¿Cuántos menores de 14 años conviven en el hogar?

16. ¿Cuál de los siguientes estudios ha completado?

Sin estudios  Primarios  Medios  Superiores  No consta

17. ¿Está en desempleo? Sí  No

18. ¿En cuál de los siguientes grupos situaría los ingresos mensuales por persona, considerando las aportaciones de todos los miembros?

< 68.000 pts.  = 68.000 pts.

19. ¿Se llevaba bien con la persona fallecida? Sí  No  NS/NC

20. ¿Ha estado alguna vez en el psicólogo o psiquiatra? Sí  No  NS/NC

21. ¿Por qué razón ha visitado a este tipo de especialista?

Depresión  Otras  No procede

22. ¿Ha tomado o toma habitualmente drogas? Sí  No  NS/NC

23. Test de autoestima: puntuación

Baja  Media-alta