

IMPACTO DEL DUELO COMPLICADO. UNA LECTURA A TRAVÉS DEL LENGUAJE DEL CUIDADO.

Martín Rodríguez-Álvaro*

Enfermero. Gerencia de La Palma. Servicio Canario de la Salud.

Profesor Asociado en el Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

ene
revista de enfermería

Rodríguez-Álvaro M (2019).

Impacto del Duelo Complicado. Una lectura a través del Lenguaje del Cuidado.

Ene, 13(3).

Consultado de www.ene-enfermeria.org

FICHA DE TESIS

TÍTULO: EPIDEMIOLOGÍA ENFERMERA DEL DUELO EN CANARIAS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

DEPARTAMENTO: ENFERMERÍA

FECHA DE LECTURA: 26/06/2017

* MRODRIGU@ULL.EDU.ES

Resumen

El duelo es un proceso natural y autolimitado 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. Son escasos los estudios realizados específicamente desde la óptica enfermera que muestren el impacto del duelo.

Objetivo: determinar el impacto del duelo y duelo complicado lo largo del tiempo..

Método: Estudio retrospectivo transversal, realizado con los registros de la historia clínica informatizada de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud en aquellos pacientes diagnosticados de duelo, riesgo de duelo complicado y duelo complicado en el periodo 2009-2014.

Resultados: los dolientes con complicaciones sufren un aumento de necesidades de cuidado tras la pérdida, identificando diferencias significativas según edad, sexo y tiempo transcurrido. Además, aumenta su morbilidad con más problemas cardiovasculares, ansiedad, depresión e insomnio siendo derivados con mayor frecuencia al servicio de Salud Mental. Además, aumenta su morbilidad con más problemas cardiovasculares, ansiedad, depresión e insomnio

siendo derivados con mayor frecuencia al servicio de Salud Mental.

Conclusión: La epidemiología enfermera da una lectura precisa de las necesidades del cuidado del doliente. Es necesario seguir avanzando en esta línea, abordando la adecuación diagnóstica, la valoración de las necesidades de cuidado individuales y la evolución de los dolientes en el tiempo.

Palabras clave: Duelo; Proceso de Enfermería; Atención Primaria

Abstract

Grief is a natural and self-limited process of adaptation to a new reality that arises after a significant loss, real or perceived, with a wide range of manifestations that produce an impact on the health of the grieving person. There are few studies carried out from a nurse's point of view that show the effects of grieving.

Objective: To determine the impact of grief over time, including its vision through the language of care.

Method: Retrospective longitudinal study, using the electronic health records of the Canary Islands primary health service of people with a diagnosis of grieving, risk of complicated grieving and complicated grieving, in the period 2009-2014.

Results: Mourners with complications undergo an increased need for care after loss, identifying sig increased need for care after loss, identifying significant differences according to age, sex, and time. Besides, their morbidity increases with more cardiovascular problems, anxiety, depression, and insomnia, and they are more frequently referred to the mental health service.

Conclusion: Nurse epidemiology gives an accurate image of the care needs of the grieving person. More research is needed within this field addressing diagnostic accuracy and adequacy, the precise

assessment of individual care needs, and the evolution of grieving over time.

Key words: Grief; Nursing Process; Primary health;

INTRODUCCIÓN

Si las cosas no son eternas, quizás lo sea la relación entre ellas.

La pérdida, entendida como un daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que se establece un vínculo emocional significativo (Harvey y Weber, 1998), implica reacciones importantes en todas las esferas del ser humano. Son numerosos los autores que han tratado de definir el duelo desde que Freud introdujera el concepto en el léxico psicológico. El duelo es un *proceso natural y autolimitado 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.*

Tradicionalmente se ha considerado que las principales consecuencias de una pérdida se producen en el ámbito psicosocial. Sin embargo, éstas van más allá, *“una ausencia, un objeto perdido, crea exactamente las mismas condiciones de dolor que una parte herida del cuerpo”* (Freud, 1973).

La literatura especializada documenta ampliamente las secuelas que se producen durante el duelo, con un aumento de la morbimortalidad, especial-

mente en situaciones de mayor disfunción y durante los primeros meses de duelo (Buckley *et al*, 2012). Sin embargo, en la atención al doliente son escasos los estudios realizados específicamente desde la óptica enfermera que muestren el impacto del duelo o la potencia del trabajo enfermero para predecir el desarrollo de complicaciones.

En la planificación de cuidados de una determinada población o de un sector previamente catalogado como en riesgo, cobra especial relevancia la epidemiología enfermera. Mediante el diagnóstico y análisis de las necesidades de cuidado se debe dirigir las políticas sanitarias, la planificación y la programación de las intervenciones del sistema de salud.

En consecuencia, el objetivo principal de este estudio es determinar el impacto del duelo a lo largo del tiempo, incluyendo su lectura a través del lenguaje del cuidado entendido desde la taxonomía NANDA-I, ampliamente utilizada en nuestro entorno.

Esta investigación forma parte de un proyecto más amplio del que ya se han publicado resultados. Respecto a la prevalencia de Duelo, Duelo Complicado y Riesgo de Duelo Complicado en Atención Primaria en Canarias y sus características diagnósticas (Rodríguez-Álvaro,

Brito-Brito, García-Hernández, Aguirre-Jaime, Fernández-Gutiérrez, 2019); explorando las intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en estos pacientes (Rodríguez-Álvaro, Brito-Brito, García-Hernández, Aguirre-Jaime, Fernández-Gutiérrez, 2017); e identificando las etiquetas diagnósticas predicadoras de complicaciones (Rodríguez-Álvaro, Brito-Brito, García-Hernández, Fernández-Gutiérrez, 2018).

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño corresponde al de un estudio retrospectivo transversal elaborado con los registros de la historia informatizada de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, en pacientes con registro de las etiquetas diagnósticas enfermeras de Duelo, Riesgo de Duelo Complicado y Duelo Complicado en el periodo 2009-2014.

En Canarias, la atención comunitaria se organiza en 7 áreas de salud, que reúnen en total 105 zonas básicas de salud en las que trabajan alrededor de 1.169 enfermeras. La población canaria en 2014 era de 2,1 millones de habitantes, estimándose que un 44% de los pacientes acude al menos una vez al año a consultas de enfermería.

El módulo de metodología enfermera de la historia de salud electrónica de Atención Primaria en Canarias, Drago-AP, sigue la lógica habitual del proceso enfermero. Utiliza como marco de valoración los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, empleando los lenguajes estandarizados NANDA-I, NOC y NIC para la planificación de cuidados.

En diciembre de 2014, casi en el 50% de las historias se registró un diagnóstico enfermero.

Para la elaboración del estudio, se solicitaron oficialmente los registros de las historias clínicas de los dolientes al centro de Servicio de Tecnologías de la Información del Servicio Canario de Salud. En esta explotación se incluyen variables sociodemográficas, diagnósticos médicos (grupo reducido de diagnósticos relacionados con ansiedad, depresión, abuso de sustancias, infartos, cardiopatías, etc) y etiquetas diagnósticas enfermeras registradas tras el Duelo, Duelo Complicado y Riesgo de Duelo Complicado (categorizadas en: durante el año posterior al duelo - más de un año después).

La explotación de datos facilitada a los autores se presenta anonimizada con codificación alfanumérica, haciendo imposible la identificación y filiación de los sujetos, por lo que se respeta el principio de confidencialidad y la protección de datos de carácter personal.

No es necesaria la presentación del proyecto al Comité de Ética correspondiente al no tratarse de un diseño de carácter experimental ni realizarse ningún tipo de intervención a pacientes.

En el caso en el que un mismo sujeto tuviera registro de más de una etiqueta diagnóstica de duelo, se elegirá el proceso de mayor gravedad, aplicando la lógica diagnóstica duelo complicado >

riesgo de duelo complicado > duelo. Si un paciente tuviera registro del mismo diagnóstico en dos momentos diferentes, se escogerá el más antiguo.

Análisis estadístico: Las características de la muestra se describen resumiendo las variables nominales con las frecuencias de sus categorías, las ordinales y de escala no normal con mediana y percentiles (P5-P95) y las de escala con distribución normal con media y desviación estándar (DT). Las prevalencias e incidencias se estiman en intervalos de confianza al 95%. Las comparaciones entre los grupos conformados se realizan con la prueba Chi-cuadrado de Pearson para las variables nominales. Todas las pruebas se ejecutaron con ayuda del paquete estadístico IBM-SPSS 24.0® para entorno operativo Windows XP Professional©.

RESULTADOS

Se identifican 9.063 resultados con las etiquetas diagnósticas enfermeras a estudio, con los siguientes resultados parciales: duelo, 6.091 (67,71%); duelo complicado, 2.429 (26,8%) o riesgo de duelo complicado, 543 (6,0%).

Los diagnósticos médicos presentes en los pacientes tras el registro de *Duelo*, *Duelo Complicado* o *Riesgo de Duelo Complicado* se presentan en la [tabla 1](#). Es de destacar que los pacientes con Duelo Complicado presentan más depresión, ansiedad, insomnio, dolor precordial e infartos tras la pérdida, localizados especialmente más de un año posterior. Los hombres sufren más infartos, angina, dolor precordial e insomnio que las mujeres y menos ansiedad.

Las etiquetas diagnósticas en las que se evidencia diferencias ($p < 0,05$) respecto a la asignación de Duelo Complicado, durante el año posterior o total, se incluyen en la [tabla 2](#).

Se observan diferencias significativas por género en la asignación de numerosas etiquetas diagnósticas enfermeras. Se identifican significativamente más en hombres: *Disminución del gasto cardiaco*, *Deterioro de la dentición*, *Deterioro de la interacción social*, *Riesgo de Soledad*, *Desempeño ineficaz del rol*, *Disfunción Sexual*, *Afrontamiento familiar*

comprometido, Gestión ineficaz de la salud, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de disfunción neurovascular periférica, Deterioro generalizado del adulto, Déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido, uso del inodoro, Trastorno de la imagen corporal, Baja autoestima situacional, Trastorno de la percepción personal, Desesperanza, Conocimientos deficientes, Trastornos de los procesos del pensamiento, Deterioro de la memoria, Riesgo de baja autoestima situacional, Riesgo de contaminación, Descuido personal y Disconfort ([tabla 3](#)).

Así mismo, se evidencian diferencias según rango de edad, identificándose más en menores de 65 años: *Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, Disfunción sexual, Riesgo de cansancio del rol e cuidador, Patrón sexual ineficaz, Disposición para mejorar el afrontamiento familiar, Retraso en el crecimiento y desarrollo, Dolor agudo, Ansiedad, Riesgo de Suicidio, Disposición para mejorar la propia salud.*

En los [gráficos 1 y 2](#), se refleja el impacto del Duelo Duelo Complicado.

Durante el año posterior al registro de la etiqueta diagnóstica de Duelo, Duelo Complicado o Riesgo de Duelo Complicado, se derivan al Servicio de Salud Mental 3.8% (n=343) pacientes. Estas derivaciones crecen más de un

año después (n=424, 4,75%). Se aprecian diferencias significativas en las derivaciones por sexo y rango de edad. Siendo más derivadas las mujeres (4,1% durante el primer y 5,1% después) respecto a los hombres (2,7% y 3%). Los menores de 65 años son más derivados (6% durante el primer año y 7,3% después) por el 2,5% - 3,2% en los mayores de 65 años.

DISCUSIÓN

La identificación y registro por parte de las enfermeras comunitarias de más de 9000 dolientes en el periodo a estudio es importante. Más aún, teniendo en cuenta las dificultades conocidas en el seguimiento de problemas psicossociales y que en un transcurso normal del duelo, suele ser suficiente el apoyo de la red familiar y social.

No es una cuestión menor que, pese a las limitaciones de estas etiquetas diagnósticas y de la valoración enfermera que conduce a las mismas, aquellos dolientes que la enfermera identificó como dolientes complicados, sufren mayor morbilidad y mayor necesidad de cuidados a corto (mismo año) y medio plazo (más de un año después).

En nuestro estudio, la prevalencia de duelo complicado es ligeramente superior a la de investigaciones previas. Dadas las discrepancias presentes en la literatura, hay que ser extremadamente cuidadoso en su interpretación. Jacobs (2003) estima que entre un 10% y un 20% de los deudos presentan dificultades importantes, mientras que Maercker (2005) determinó un 7,5%; la Asociación Americana de Psiquiatría estima que la prevalencia del Trastorno de Duelo Persistente, es de aproximadamente un 2,4-4,8% (APA, 2014); y la reciente revisión

de Lundorff et al (2017), que analiza 14 estudios, muestra que al menos uno de cada diez adultos en duelo, padecen Duelo prolongado.

En investigaciones futuras, es necesario un análisis más profundo al respecto pues la prevalencia varía según la edad y el género (Kersting, Brähler, Glaesmer, Wagner, 2011), la relación que se mantiene con la pérdida (McSpedden et al 2017), si la muerte es violenta (Currier, Holland y Neimeyer, 2006; Lichtenthal, Neimeyer, Currier, Roberts y Jordan, 2013), la capacidad de darle significado (Rozalsky, Holland, Neimeyer, 2016) y si el doliente padece enfermedad mental grave, como muestra Macias *et al* (2004) al encontrar complicaciones en un tercio de estos dolientes en Inglaterra. A esto, hemos de sumar la importancia del contexto cultural (Prigerson *et al*, 2002).

Respecto a la mayor identificación de complicaciones en mujeres, éstas parecen ser más confrontativas y expresivas de sus emociones que los hombres (Stroebe, Stroebe y Schut, 2001). En algunos tipos de pérdida, como la perinatal, los hombres sufren menores niveles de ansiedad y depresión que las mujeres y tienden a buscar el significado de la pérdida ejerciendo de cuidadores de sus parejas (Badenhorst, Riches, Turton y Hughes, 2006). Ellas hablan, refle-

xionan y participan más activamente en las entrevistas y encuentros (García, 2010), por lo que tienen más probabilidad que los hombres de declarar problemas de salud, tal y como evidencia el análisis de la Calidad de Vida de la Encuesta Nacional de Salud de España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014:34).

Por otro lado, las teorías más extendidas a la hora de abordar la pérdida y el duelo, se basan en estilos femeninos de afrontamiento, por lo que puede resultar más sencillo identificar manifestaciones en mujeres en las consultas de atención primaria. Dicho esto, consideramos que es necesario seguir investigando y buscando explicaciones empíricas a esta hipótesis generalizada, que conforma un constructo profesional y social, una autosatisfacción de la profecía.

Abundantes estudios narran las consecuencias del duelo complicado en el individuo, indicando que el impacto biológico de la pérdida puede ser profundo y prolongado (Neimeyer, Prigerson y Davies, 2004). Las personas con vulnerabilidad previa son más proclives al desarrollo de complicaciones. (Schulz, Boerner y Shear, 2006). Investigaciones previas muestran menor atención y rendimiento cognitivo global en personas con duelo complicado (Hall *et al*, 2014),

especialmente en personas mayores (Ward, Mathias, Hitchings, 2007), y se evidencia un mayor riesgo de hospitalización por motivos psiquiátricos (Li *et al* 2003).

Un hallazgo importante de esta investigación es la evidencia de que quienes son diagnosticados de Duelo Complicado sufren más depresión, ansiedad, insomnio, dolor precordial e infartos tras la pérdida que los dolientes sin complicaciones, localizándose estos problemas especialmente más de un año después de la pérdida. Consideramos que este matiz temporal se debe tener en cuenta en la planificación de los cuidados y en el seguimiento del doliente. Parece que la pérdida produce secuelas a corto, medio y largo plazo.

En nuestra investigación, se aprecia una correlación clara entre el gradiente del duelo y los problemas de depresión posteriores, apreciando un aumento en el diagnóstico de la misma tras el año de la pérdida, característica que comparte con ansiedad e insomnio. Se confirma además la mayor prevalencia del trastorno depresivo y ansiedad entre mujeres dolientes y menores de 65 años.

Los episodios depresivos son comunes tras la muerte, particularmente en dolientes jóvenes, como apuntan Zi-

sook y Shuchter (1991) tras estudiar mediante entrevistas y cuestionario multidimensional a 350 viudos y viudas meses tras la pérdida. La investigación longitudinal diseñada por Rogers (2008) examina a padres en duelo de niños fallecidos y refiere más síntomas depresivos, y problemas conyugales. Kuo *et al* (2017), al estudiar cuidadores en duelo en Taiwán, encuentra que la prevalencia de síntomas depresivos severos alcanza el máximo al mes de la pérdida y disminuye significativamente 24 meses después (del 73,3% al 15,2%). Riadaura, Penelo y Raich (2017) también evidencian ese repunte en la depresión y síntomas del duelo en madres que han sufrido una pérdida perinatal. Una revisión sistemática reciente (Kuo, Sun y Tang, 2017), muestra que la mayoría de los dolientes ajustan sus síntomas depresivos durante el año posterior a la pérdida.

Johnson (2002) refiere que los dolientes tienen un riesgo moderado de mala nutrición, nuestra investigación evidencia un mayor registro en los dolientes con complicaciones de las etiquetas diagnósticas Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades, Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesi-

dades, Diarrea, Estreñimiento y Riesgo de estreñimiento.

Los datos de nuestro estudio muestran que un 54% de los dolientes fallecidos lo hicieron durante los dos años posteriores a la pérdida. La muerte de un cónyuge aumenta la mortalidad del doliente, por patologías tales como: cánceres, infecciones y enfermedades cardiovasculares. La enfermedad grave con hospitalización y la muerte conyugal, parecen estar asociadas con el riesgo de muerte de la pareja, tal y como indican Christakis y Allison (2006), tras estudiar más de medio millón de parejas estadounidenses mayores de 65 años. Dicho aumento no es fijo, aunque parece tener relación con la causa de la muerte (Elwert y Christakis, 2008) y con el género, mayormente masculino (Maritkain y Valkonen, 1996).

La evidencia disponible indica que el riesgo de mortalidad relativa más alto se encuentra inmediatamente después del fallecimiento del ser querido. Entre los resultados por causas naturales, la mortalidad durante la primera semana puede ser de más del doble en comparación con las tasas esperadas (Kaprio, 1987). Un seguimiento de casi 400 cuidadores en un estudio de cohortes en Estados Unidos, después de ajustar por factores sociodemográficos, en-

fermedad prevalente y enfermedad cardiovascular subclínica y sugiere como factor de riesgo independiente para la mortalidad, la tensión mental o emocional que sufre el cuidador (Schulz Visintainer y Williamson, 1990).

El duelo por la muerte de una persona significativa se asocia con un incremento de la mortalidad por trombo-sis coronaria y otras enfermedades arterioescleróticas y degenerativas del corazón (Murray Parkers, 1969), así como con un aumento del riesgo de infartos de miocardio en los días posteriores (Mostonfsky *et al*, 2012), dato que se confirma con la presente investigación, que arroja diferencias significativas entre los dolientes con o sin complicaciones respecto a la prevalencia de infartos y anginas y enfermedad cardiovascular, localizando la mayor diferencia tras el primer año después de la pérdida. Esta asociación conocida debe ser investigada en profundidad en el campo de los diagnósticos enfermeros, al determinar las asociaciones entre la presencia de síntomas de duelo y el diagnóstico enfermero Riesgo deterioro de la función cardiovascular, junto a sus factores específicos de riesgo. Este diagnóstico no está presente en nuestra investigación al no estar incluido en las taxonomía en el periodo a estudio (Sánchez y Duarte, 2013).

Durante el año posterior al duelo, es de destacar que se identifican las etiquetas Riesgo de Suicidio, Sufrimiento Moral, Conflicto del rol parental, Disposición para mejorar el bienestar espiritual y Afrontamiento defensivo más en los dolientes complicados, significación que pierde importancia a lo largo del tiempo en alguna de estas etiquetas.

Curiosamente, en los dolientes con complicaciones no se identifica significativamente más la etiqueta diagnóstica Ansiedad ante la muerte. En nuestra población, se evidencia una mayor presencia de la etiqueta diagnóstica Riesgo de Suicidio en los pacientes con Duelo Complicado, aunque con una prevalencia baja, sin diferencias por género y presente mayormente en menores de 65 años. Las personas con Duelo Complicado tienen un mayor riesgo de resultados adversos de salud y deben ser diagnosticados y evaluados por riesgo de suicidio y trastornos comórbidos como la depresión y el trastorno de estrés post-traumático (Simon, 2013). Szanto *et al* (1997), evalúan la ideación suicida en 130 ancianos en duelo, encontrando que el 57% de los que tienen altas puntuaciones de Duelo Complicado, tienen ideación suicida durante el periodo de seguimiento (17 meses).

Estudios recientes corroboran lo anticipado por Prigerson acerca de la influencia del duelo traumático en el suicidio (Prigerson *et al*, 1999): en dolientes con soledad emocional y síntomas depresivos se incrementa la ideación suicida (Stroebe, Stroebe y Abakoumkin, 2005). Los que sobreviven a un suicidio, experimentan sentimientos de traición y abandono, de culpa, de vergüenza y miedo y de fracaso del rol, quedando profundamente estigmatizados (Munera, 2013), desarrollando mayores complicaciones en el duelo (Mitchell y Terhorst, 2017).

En el futuro, sería interesante ahondar en la relación del suicidio y el duelo, como Pitman, Osborn, Rantell y King (2016), que al estudiar más de 3400 personas que sufrieron pérdidas por suicidio, hallan que éstos tienen mayor probabilidad de tentativa suicida frente a sujetos de las mismas características que sufrieron pérdidas por causas naturales repentinas.

Por otra parte, sería de interés evaluar en nuestro contexto la influencia de la calidad de vida de los pacientes al final de la vida en la ideación suicida de los cuidadores tras la pérdida. Abbott, Prigerson y Maciejewski (2013) quienes tras estudiar a 127 cuidadoras, establecen que la ideación suicida crece cuando

las cuidadoras perciben que la calidad de los cuidados al final de la vida es pobre.

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el abordar un fenómeno eminentemente cualitativo como el duelo desde una óptica cuantitativa, siendo necesario en el futuro explorar cuestiones poco investigadas, como la continuidad de vínculos y su influencia sobre los síntomas y el crecimiento postraumático a través del que se ajusta el duelo (García-Hernández, Rodríguez-Álvaro, Brito-Brito y Peyrolón-Jiménez, 2018).

En segundo, las propias de un estudio con diseño retrospectivo, construido con los registros de las historias clínicas y no con la valoración directa y longitudinal de las enfermeras de atención primaria. Respecto a los registros enfermeros, tal y como indican diversos estudios, las enfermeras realizan más actividades de las que registran y cuando lo hacen, sus registros suelen ser en largas notas clínicas difícilmente explotables.

Como conclusión principal, se destaca la potencia de la epidemiología enfermera como una lectura precisa de las necesidades del cuidado del doliente. Es necesario seguir avanzando en esta línea, abordando la adecuación diagnós-

tica, la valoración de las necesidades de cuidado individuales y la evolución de los dolientes en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott CH, Prigerson HG, Maciejewski PK. (2013). The Influence of Patients' Quality of Life at the End of Life on Bereaved Caregivers' Suicidal Ideation. *J Pain Symptom Manage*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.011
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Badenhorst W, Riches S, Turton P, Hughes P (2006) The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Dec;27(4):245-56.
- Buckley, T., Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley, S., Tofler, G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 129-139.
- Brito-Brito, P.R., Aguirre, A. (2014). El cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial (CdePS). Diagnóstico de problemas y síndromes psicosociales. En: Brito, P.R., Aguirre, A. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera*. Barcelona: Elsevier.
- Christakis NA, Allison, PD (2006). Mortality after the Hospitalization of a Spouse. *N Engl J Med* 2006; 354:719-730 February 16, 2006. DOI: 10.1056/NEJMsa050196
- Currier, J., Holland, J., Coleman, R., Neimeyer, R.A. (2006) Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. In: Stevenson, R & Cox G (eds). *Violence*. Amityville, NY: Baywood, OMEGA: *The Journal of Death and Dying*. Volumen 53, 3: 175-191
- Elwert, F, Christakis, N. (2008). The Effect of Widowhood on Mortality by the Causes of Death of Both Spouses. *Am J Public Health*. 2008 November; 98(11): 2092-2098. doi: 10.2105/AJPH.2007.114348
- Freud, S. (1963). Mourning and melancholia. (Johan Riviere, Trans.). In *General psychology theory*. New York: Collier. (Original work published 1917)
- García-Hernández, AM (2010). *El significado de perder un hijo: la construcción discursiva del duelo de padres y madres (tesis doctoral)*. Universidad de La Laguna, Canarias, España.
- García Hernández, A.M.; Rodríguez-Álvaro, M; Brito Brito, P.R.; Peyrolon Jimenez, J. (2018). Continuidad de vínculos y duelo: Nuevas perspectivas. *Health, Aging & End of life*, 3, pp. 49-65.
- Hall CA, Reynolds CF, Butters M, Zisook S, Simon N, Corey-Bloom J, Lebowitz BD, Begley A, Mauro C, Shear MK. (2014). Cognitive functioning in complicated grief. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov; 58:20-5. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.002. Epub 2014 Jul 15.
- Harvey, J. Weber, A (1998). Why there must be a psychology of loss. En Harvey (comp), *Perspectives of Loss: A sourcebook*. Filadelfia: Taylor & Francis.
- Jacobs, S.C. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment and prevention*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Johnson, CS (2012). Nutritional considerations for bereavement and coping with grief. *J Nutr Health Aging*. 2002 May;6(3):171-6.
- Kaprio, J, Koskenvuo, M, Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health* March 1987: Vol. 77, No. 3, pp. 283-287. doi: 10.2105/AJPH.77.3.283
- Kersting, A, Brähler, E, Glaesmer, H, Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders* · June 2011 DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kuo SC, Chou WC, Chen JS, Chang WC, Chiang MC, Hou MM, Tang ST (2017). Longitudinal Changes in and Modifiable Predictors of the Prevalence of Severe Depressive Symptoms for Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients over the First Two Years of Bereavement. *J Palliat Med*. 2017 Jan;20(1): 15-22. Epub 2016 Nov 29.
- Kuo, SC, Sun, JL, Tang, ST. (2017). Trajectories of depressive symptoms for bereaved family members of chronically ill patients: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2017 Jan 2. doi: 10.1111/jocn.13720.
- Li, J, Precht, D, Mortensen, P, Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide followup. *Lancet* 2003;361:363-367
- Lichtenthal WG, Neimeyer RA, Currier JM, Roberts K, Jordan N. Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. *Death Stud*. 2013 Apr; 37(4):311-42.
- Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017 Apr 1;212:138-149. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.030
- Macias, C, Jones, D, Harvey, J, Barreira, P, Harding, C, Rodican, C (2004) Bereavement in the Context of Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2004 Apr; 55(4): 421-426. DOI:10.1176/appi.ps.55.4.421
- Maercker, A, Fortmeier, S, Enzler, A, Ehlert, U. (2005). Complicated grief as a stress response syndrome: results from the Zurich older age study. Paper presented at the 7th International conference on grief and bereavement in contemporary society, London.
- Martikainen P, Valkonen T (1996). Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a

- large Finnish cohort. *Am J Public Health*. 1996 Aug; 86(8):1087-93.
- McSpedden, M. Mullan, B. Sharpe, L. Breen, L.J. Lobb, EA. (2017). The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Stud*. 2017 Feb; 41(2):112-117. doi: 10.1080/07481187.2016.1210696. Epub 2016 Aug 30
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
- Mitchell, AM. Terhorst, L. (2017). PTSD Symptoms in Survivors Bereaved by the Suicide of a Significant Other. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2017 Jan/Feb; 23(1):61-65. doi: 10.1177/1078390316673716.
- Mostofsky, E., Maclure, M., Sherwood, J.B., Tofler, G.H., Muller, J.E., Mittleman, M.A. (2012). Risk of acute myocardial infarction after death of a significant person in one's life: the determinants of myocardial infarction onset study. *Circulation*, 125(3), 491-496.
- Murray Parkes, C. Benjamin, B. Fitzgerald, RG. (1969). Broken Heart: A Statistical Study of Increased Mortality among Widowers. *Br Med J* 1969; 1 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5646.740> (Published 22 March 1969) Cite this as: *Br Med J* 1969;1:740
- NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020. 11th ed [e-book]. New York: Thieme; 2018.
- Neimeyer, R.A. Prigerson, H. G., Davies, B. (2004). Duelo y Significado. En *Sobre el Morir y la Muerte* (págs. 233-260). Ed. Alfonso García. España ISBN 84-923850. Diciembre 2004.
- Pitman AL. Osborn DPJ. Rantell K. King MB (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*. 2016; 6(1): e009948. Jan 25. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009948
- Prigerson, H.G. Bridge, J. Maciejewski, P.K. Beery, L.C. Rosenheck, R.A. Jacobs, S.C. Bierhals, A.J. Kupfer, D.J. Brent, D.A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry*. 1999 Dec; 156(12):1994-5.
- Prigerson H, Ahmed I, Silverman GK, Saxena AK, Maciejewski PK, Jacobs SC, Kasl SV, Aqeel N, Hamirani M. (2002). Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Stud*. 2002 Dec; 26(10):781-92
- Ridaura I, Penelo E, Raich RM. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 2017 Feb; 29(1):43-48. doi: 10.7334/psicothema2016.151.
- Rodríguez-Álvaro M, García-Hernández AM, Brito-Brito AM, Aguirre-Jaime A, Fernández-Gutiérrez DA (2017). Intervenciones y criterios de resultado planificados por las comunitarias en la atención al duelo en Canarias. *Enferm Clin*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.005>
- Rodríguez-Álvaro, M. , Brito-Brito, P. R., García-Hernández, A. M., Fernandez-Gutierrez, D. A. (2018) Etiquetas diagnósticas predicadoras de duelo complicado. En XII Simposio Internacional AENTDE. Cádiz.
- Rodríguez-Álvaro, M. , Brito-Brito, P. R., García-Hernández, A. M., Aguirre-Jaime, A. and Fernandez-Gutierrez, D. A. (2019), The Grieving Nursing Diagnoses in the Primary Healthcare Setting. *Int J Nurs Terminol Knowledge*, 30: 34-42. doi:10.1111/2047-3095.12202
- Rozalski, V. Holland, J.M. Neimeyer, R.A. (2016) Circumstances of Death and Complicated Grief: Indirect Associations Through Meaning Made of Loss. *Journal of Loss and Trauma*. March 2016 DOI: 10.1080/15325024.2016.1161426
- Sánchez, M. Duarte, G. (2013). Riesgo de Deterioro de la Función Cardiovascular, nuevodagnóstico NANDA. *ENE* 7(3). Consultado de <http://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/357>
- Schulz, R.; Visintainer, P. y Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, 181-191.
- 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*. 2006 Aug; 14(8):650-8.
- Stroebe M, Stroebe W, Schut H, A. (2005). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of general psychology* 2001; 5(1):62-83.
- Stroebe M, Stroebe W y Abakoumkin, 2005. The broken heart: suicidal ideation in bereavement. *Am J Psychiatry*. 2005 Nov; 162(11):2178-80.
- Simon NM. (2013) Treating complicated grief. *JAMA*. 2013 Jul 24; 310(4):416-23. doi:10.1001/jama.2013.8614.
- Szanto K, Prigerson H, Houck P, Ehrenpreis L, Reynolds CF. (1997). Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide Life Threat Behav*. 1997; 27(2):194
- Ward L, Mathias JL, Hitchings SE. (2007) Relationships between bereavement and cognitive functioning in older adults. *Gerontology* 2007; 53(6):124-34
- Zisook S. Shuchter SR (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry*. 1991

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Diagnósticos médicos registrados en los pacientes tras el diagnósticos de duelo

		p	D-RDC n(%)	DC n(%)	p	MUJER n(%)	HOMBRE n(%)	p	<65 n(%)	>65 n(%)
INFARTO ANGINA	año	0,002	41(0,6)	17(0,7)	,000*	35(0,5)	23(1,2)	,000*	10(0,3)	48(0,8)
	> año		59(0,9)	43(1,8)		74(1)	28(1,5)		15(0,4)	87(1,5)
D. PRECORDIAL	año	0,43	49(0,7)	24(1)	0,43	54(0,7)	19(1)	0,9	26(0,8)	47(0,8)
	> año		77(1,2)	65(2,7)		111(1,5)	31(1,7)		50(1,5)	92(1,6)
ANSIEDAD	año	,000*	345(5,2)	117(4,8)	,000*	395(5,5)	67(3,6)	,000*	262(7,8)	200(3,5)
	> año		261(3,9)	182(7,5)		385(5,3)	58(3,1)		219(6,6)	224(3,9)
DEPRESIÓN	año	,000*	320(4,8)	164(6,8)	,000*	401(5,6)	83(4,5)	,000*	230(6,9)	254(4,4)
	> año		245(3,7)	202(8,3)		394(5,5)	53(2,9)		184(5,5)	263(4,6)
INSOMNIO	año	0,25	193(2,9)	52(2,1)	0,25	177(2,5)	68(3,7)	0,25	77(2,3)	168(2,9)
	> año		211(3,2)	135(5,6)		287(4)	59(3,2)		110(3,3)	236(4,1)

D: Duelo; RDC: Riesgo de Duelo Complicado; DC: Duelo Complicado

Tabla 2. Diagnósticos de Enfermería registrados tras al duelo agrupados en Duelo Complicado y Duelo Complicado

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	durante el año posterior			más de un año después		
	D-RDC	DC	p	D-RDC	DC	p
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
00001_Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades	504(7,6)	301(12,4)	,000*	658(9,9)	438(18)	,000*
00002_Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	215(3,2)	152(6,3)	,000*	282(4,3)	207(8,5)	,000*
00003_Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	78(1,2)	77(3,2)	,000*	110(1,7)	100(4,1)	,000*
00004_Riesgo de infección	499(7,5)	325(13,4)	,000*	730(11)	520(21,4)	,000*
00007_Hipertermia	16(0,2)	6(0,2)	0,96	51(0,8)	32(1,3)	0,02
00011_Estreñimiento	326(4,9)	210(8,6)	,000*	435(6,6)	309(12,7)	,000*
00013_Diarrea	51(0,8)	36(1,5)	0,002	117(1,8)	69(2,8)	0,003
00014_Incontinencia fecal	60(0,9)	37(1,5)	0,011	98(1,5)	75(3,1)	,000*
00015_Riesgo de estreñimiento	118(1,8)	50(2,1)	0,382	162(2,4)	83(3,4)	0,004
00016_Deterioro de la eliminación urinaria	328(4,9)	135(5,6)	0,24	570(8,6)	299(12,3)	,000*
00017_Incontinencia urinaria de esesrzo	90(1,4)	75(3,1)	,000*	123(1,9)	96(4)	,000*
00018_Incontinencia urinaria refleja	10(0,2)	12(0,5)	0,003	18(0,3)	17(0,7)	0,008
00019_Incontinencia urinaria de urgencia	146(2,2)	79(3,3)	0,004	186(2,8)	117(4,8)	,000*
00020_Incontinencia urinaria funcional	166(2,5)	120(4,9)	,000*	248(3,7)	185(7,6)	,000*
00021_Incontinencia urinaria total	15(0,2)	27(1,1)	,000*	18(0,3)	44(1,8)	,000*
00024_Perfusión tisular inefectiva (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal)	83(1,3)	72(3)	,000*	96(1,4)	112(4,6)	,000*
00026_Exceso de volumen de líquidos	28(0,4)	13(0,5)	0,477	38(0,6)	32(1,3)	,000*
00027_Déficit de volumen de líquidos	30(0,5)	19(0,8)	0,058	54(0,8)	37(1,5)	0,01
00028_Riesgo de déficit de volumen de líquidos	176(2,7)	151(6,2)	,000*	221(3,3)	196(8,1)	,000*
00030_Deterioro del intercambio de gases	38(0,6)	9(0,4)	0,235	79(1,2)	42(1,7)	0,001
00032_Patrón respiratorio ineficaz	188(2,8)	67(2,8)	0,847	376(5,7)	211(8,7)	,000*
00035_Riesgo de lesión	241(3,6)	159(6,5)	,000*	382(5,8)	308(12,7)	,000*
00037_Riesgo de Intoxicación	12(0,2)	21(0,9)	,000*	23(0,3)	40(1,6)	,000*
00038_Riesgo de traumatismo	94(1,4)	71(2,9)	,000*	122(1,8)	99(4,1)	,000*
00040_Riesgo de síndrome de desuso	41(0,6)	39(1,6)	,000*	62(0,9)	52(2,1)	,000*
00043_Protección inefectiva	244(3,7)	149(6,1)	,000*	372(5,6)	312(12,8)	,000*
00044_Deterioro de la integridad tisular	74(1,1)	18(0,7)	0,115	179(2,7)	85(3,5)	,000*

00045_Deterioro de la mucosa oral	32(0,5)	22(0,9)	0,02	42(0,6)	27(1,1)	0,057
00046_Deterioro de la integridad cutánea	402(6,1)	189(7,8)	0,003	979(14,8)	637(26,2)	,000*
00047_Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	300(4,5)	132(5,4)	0,071	473(7,1)	270(11,1)	,000*
00048_Deterioro de la dentición	381(5,7)	210(8,6)	,000*	465(7)	321(13,2)	,000*
00050_Perturbación del campo de energía	8(0,1)	12(0,5)	0,001	13(0,2)	14(0,6)	0,004
00051_Deterioro de la comunicación verbal	74(1,1)	24(1)	0,603	95(1,4)	42(1,7)	0,021
00052_Deterioro de la interacción social	154(2,3)	110(4,5)	,000*	183(2,8)	143(5,9)	,000*
00053_Aislamiento social	111(1,7)	85(3,5)	,000*	130(2)	99(4,1)	,000*
00054_Riesgo de soledad	189(2,8)	165(6,8)	,000*	214(3,2)	205(8,4)	,000*
00055_Desempeño ineficaz del rol	19(0,3)	24(1)	,000*	21(0,3)	30(1,2)	,000*
00059_Disfunción sexual	13(0,2)	21(0,9)	,000*	15(0,2)	26(1,1)	,000*
00060_Interrupción de los procesos familiares	105(1,6)	89(3,7)	,000*	127(1,9)	111(4,6)	,000*
00061_Cansancio del rol de cuidador	125(1,9)	99(4,1)	,000*	168(2,5)	132(5,4)	,000*
00062_Riesgo de cansancio del rol cuidador	263(4)	115(4,7)	0,104	314(4,7)	155(6,4)	,000*
00064_Conflicto del rol parental	7(0,1)	18(0,7)	,000*	9(0,1)	20(0,8)	0,000*(b)
00066_Sufrimiento espiritual	50(0,8)	75(3,1)	,000*	62(0,9)	84(3,5)	,000*
00067_Riesgo de sufrimiento espiritual	79(1,2)	51(2,1)	0,001	89(1,3)	62(2,6)	,000*
00068_Disposición para mejorar el bienestar espiritual	22(0,3)	17(0,7)	0,018	24(0,4)	19(0,8)	0,035(b)
00069_Afrontamiento ineficaz	268(4)	280(11,5)	,000*	320(4,8)	334(13,8)	,000*
00070_Deterioro de la adaptación	35(0,5)	44(1,8)	,000*	40(0,6)	48(2)	,000*
00071_Afrontamiento defensivo	10(0,2)	21(0,9)	,000*	13(0,2)	22(0,9)	<0,001(b)
00072_Negación ineficaz	41(0,6)	40(1,6)	,000*	50(0,8)	55(2,3)	,000*
00078_Gestión ineficaz de la propia salud	429(6,5)	244(10)	,000*	644(9,7)	433(17,8)	,000*
00079_Incumplimiento	116(1,7)	71(2,9)	,000*	198(3)	116(4,8)	,000*
00080_Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar	10(0,2)	9(0,4)	0,043	21(0,3)	10(0,4)	0,045
00082_Manejo efectivo del régimen terapéutico	58(0,9)	49(2)	,000*	68(1)	75(3,1)	,000*
00083_Conflicto de decisiones (especificar)	52(0,8)	37(1,5)	0,002	62(0,9)	41(1,7)	0,007
00084_Conductas generadoras de salud (especificar)	217(3,3)	271(11,2)	,000*	260(3,9)	480(19,8)	,000*
00085_Deterioro de la movilidad física	278(4,2)	190(7,8)	,000*	398(6)	294(12,1)	,000*

00088_Deterioro de la ambulación	462(7)	302(12,4)	,000*	598(9)	414(17)	,000*
00089_Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	17(0,3)	3(0,1)	0,233	23(0,3)	10(0,4)	0,044
00092_Intolerancia a la actividad	136(2,1)	66(2,7)	0,057	176(2,7)	102(4,2)	,000*
00093_Fatiga	63(0,9)	44(1,8)	0,001	107(1,6)	75(3,1)	,000*
00094_Riesgo de intolerancia a la actividad	104(1,6)	70(2,9)	,000*	142(2,1)	99(4,1)	,000*
00095_Insomnio	732(11)	514(21,2)	,000*	857(12,9)	619(25,5)	,000*
00097_Déficit de actividades recreativas	359(5,4)	267(11)	,000*	448(6,8)	353(14,5)	,000*
00098_Deterioro en el mantenimiento del hogar	245(3,7)	236(9,7)	,000*	328(4,9)	312(12,8)	,000*
00099_Mantenimiento ineficaz de la salud	291(4,4)	256(10,5)	,000*	420(6,3)	428(17,6)	,000*
00101_Deterioro generalizado del adulto	78(1,2)	36(1,5)	0,246	160(2,4)	108(4,4)	,000*
00102_Déficit del autocuidado: alimentación	330(5)	216(8,9)	,000*	438(6,6)	330(13,6)	,000*
00108_Déficit del autocuidado: baño	523(7,9)	322(13,3)	,000*	683(10,3)	465(19,1)	,000*
00109_Déficit del autocuidado: vestido	391(5,9)	244(10)	,000*	534(8)	382(15,7)	,000*
00110_Déficit del autocuidado: uso del inodoro	240(3,6)	156(6,4)	,000*	363(5,5)	256(10,5)	,000*
00118_Trastorno de la imagen corporal	41(0,6)	42(1,7)	,000*	45(0,7)	50(2,1)	,000*
00119_Baja autoestima crónica	105(1,6)	116(4,8)	,000*	119(1,8)	146(6)	,000*
00120_Baja autoestima situacional	256(3,9)	126(5,2)	0,005	284(4,3)	144(5,9)	0,003
00122_Trastorno de la percepción sensorial:(especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa)	550(8,3)	372(15,3)	,000*	738(11,1)	534(22)	,000*
00124_Desesperanza	79(1,2)	88(3,6)	,000*	94(1,4)	102(4,2)	,000*
00125_Impotencia	94(1,4)	58(2,4)	0,001	110(1,7)	78(3,2)	,000*
00126_Conocimientos deficientes	81(1,2)	45(1,9)	0,023	123(1,9)	67(2,8)	0,028
00127_Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	11(0,2)	7(0,3)	0,246 (b)	24(0,4)	22(0,9)	0,003
00128_Confusión aguda	37(0,6)	23(0,9)	0,043	60(0,9)	44(1,8)	0,001
00129_Confusión crónica	83(1,3)	67(2,8)	,000*	144(2,2)	123(5,1)	,000*
00130_Trastorno de los procesos del pensamiento	49(0,7)	50(2,1)	,000*	53(0,8)	61(2,5)	,000*
00131_Deterioro de la memoria	290(4,4)	238(9,8)	,000*	406(6,1)	332(13,7)	,000*
00132_Dolor agudo	424(6,4)	201(8,3)	0,002	881(13,3)	612(25,2)	,000*
00133_Dolor crónico	707(10,7)	458(18,9)	,000*	875(13,2)	579(23,8)	,000*
00134_Náuseas	89(1,3)	29(1,2)	0,583	209(3,2)	110(4,5)	,000*

00137_Aflicción crónica	409(6,2)	408(16,8)	,000*	488(7,4)	494(20,3)	,000*
00146_Ansiedad	870(13,1)	530(21,8)	,000*	1037(15,6)	665(27,4)	,000*
00148_Temor	270(4,1)	192(7,9)	,000*	307(4,6)	246(10,1)	,000*
00150_Riesgo de suicidio	10(0,2)	11(0,5)	0,008	11(0,2)	13(0,5)	0,009 (b,c)
00155_Riesgo de caídas	706(10,6)	466(19,2)	,000*	907(13,7)	645(26,6)	,000*
00162_Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	813(12,3)	117(4,8)	,000*	1718(25,9)	774(31,9)	,000*
00168_Sedentarismo	188(2,8)	95(3,9)	0,009	255(3,8)	132(5,4)	0,004
00175_Sufrimiento moral	9(0,1)	10(0,4)	0,011	12(0,2)	11(0,5)	0,039 (b)
00179_Riesgo de nivel de glucemia inestable	219(3,3)	63(2,6)	0,086	378(5,7)	152(6,3)	0,001
00182_Disposición para mejorar el autocuidado	119(1,8)	20(0,8)	0,001	249(3,8)	110(4,5)	,000*
00186_Disposición para mejorar el estado de inmunización	485(7,3)	139(5,7)	0,008	993(15)	614(25,3)	,000*
00193_Descuido personal	17(0,3)	17(0,7)	0,002	27(0,4)	25(1)	0,002
00204_Perfusión tisular periférica ineficaz	116(1,7)	24(1)	0,009	166(2,5)	48(2)	0,019
00210_Deterioro de la capacidad de recuperación personal	11(0,2)	12(0,5)	0,006	23(0,3)	16(0,7)	0,022
00212_Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal	22(0,3)	3(0,1)	0,094	53(0,8)	33(1,4)	,000*

($p < 0,05$). D-RDC: Duelo-RDC: Riesgo de Duelo Complicado; DC: Duelo Complicado.

* D= Duelo; RDC= Riesgo de Duelo Complicado; DC= Duelo Complicado.

* Frecuencias relativas comparadas con la prueba χ^2 de Pearson. ,000* p implica valores $< 0,001$

Tabla 3. Diagnósticos de Enfermería tras la pérdida en dolientes por sexo.

	MUJER n(%)	HOMBRE n(%)	p
00001_Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades	897(12,4)	199(10,8)	0,014
00004_Riesgo de infección	985(13,6)	265(14,4)	0,002
00016_Deterioro de la eliminación urinaria	684(9,5)	185(10)	0,001
00017_Incontinencia urinaria de esesrzo	212(2,9)	7(0,4)	,000*
00019_Incontinencia urinaria de urgencia	259(3,6)	44(2,4)	0,008
00020_Incontinencia urinaria funcional	371(5,1)	62(3,4)	0,006
00029_Disminución del gasto cardiaco	24(0,3)	19(1)	,000*
00031_Limpieza ineficaz de las vías aéreas	77(1,1)	30(1,6)	0,025
00032_Patrón respiratorio ineficaz	442(6,1)	145(7,9)	0,001
00044_Deterioro de la integridad tisular	194(2,7)	70(3,8)	0,008
00046_Deterioro de la integridad cutánea	1265(17,5)	351(19)	0,001
00047_Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	572(7,9)	171(9,3)	0,005
00048_Deterioro de la dentición	596(8,3)	190(10,3)	,000*
00051_Deterioro de la comunicación verbal	91(1,3)	46(2,5)	,000*
00052_Deterioro de la interacción social	244(3,4)	82(4,4)	0,025
00054_Riesgo de soledad	310(4,3)	109(5,9)	0,003
00055_Desempeño ineficaz del rol	34(0,5)	17(0,9)	0,02
00059_Disfunción sexual	19(0,3)	22(1,2)	,000*
00074_Afrontamiento familiar comprometido	171(2,4)	49(2,7)	0,013
00078_Gestión ineficaz de la propia salud	835(11,6)	242(13,1)	0,046
00084_Conductas generadoras de salud (especificar)	612(8,5)	128(6,9)	0,003
00085_Deterioro de la movilidad física	528(7,3)	164(8,9)	0,02
00086_Riesgo de disfunción neurovascular periférica	99(1,4)	37(2)	0,008
00090_Deterioro de la habilidad para la traslación	83(1,2)	20(1,1)	0,041
00095_Insomnio	1197(16,6)	279(15,1)	0,038
00099_Mantenimiento ineficaz de la salud	680(9,4)	168(9,1)	0,048
00101_Deterioro generalizado del adulto	192(2,7)	76(4,1)	0,002
00102_Déficit del autocuidado: alimentación	566(7,8)	202(10,9)	,000*
00108_Déficit del autocuidado: baño	880(12,2)	268(14,5)	0,001

00109_Déficit del autocuidado: vestido	694(9,6)	222(12)	,000*
00110_Déficit del autocuidado: uso del inodoro	470(6,5)	149(8,1)	0,008
00118_Trastorno de la imagen corporal	67(0,9)	28(1,5)	0,002
00119_Baja autoestima crónica	225(3,1)	40(2,2)	0,016
00120_Baja autoestima situacional	319(4,4)	109(5,9)	0,016
00122_Trastorno de la percepción sensorial	978(13,6)	294(15,9)	0,01
00124_Desesperanza	146(2)	50(2,7)	0,046
00126_Conocimientos deficientes	135(1,9)	55(3)	0,01
00130_Trastorno de los procesos del pensamiento	80(1,1)	34(1,8)	0,01
00131_Deterioro de la memoria	581(8,1)	157(8,5)	0,018
00133_Dolor crónico	1226(17)	228(12,4)	,000*
00134_Náuseas	280(3,9)	39(2,1)	,000*
00146_Ansiedad	1420(19,7)	282(15,3)	,000*
00153_Riesgo de baja autoestima situacional	63(0,9)	26(1,4)	0,017
00155_Riesgo de caídas	1195(16,6)	357(19,3)	0,01
00162_Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	2010(27,9)	482(26,1)	0,031
00180_Riesgo de contaminación	100(1,4)	46(2,5)	,000*
00193_Descuido personal	31(0,4)	21(1,1)	0,001
00214_Disconfort	87(1,2)	30(1,6)	,000*

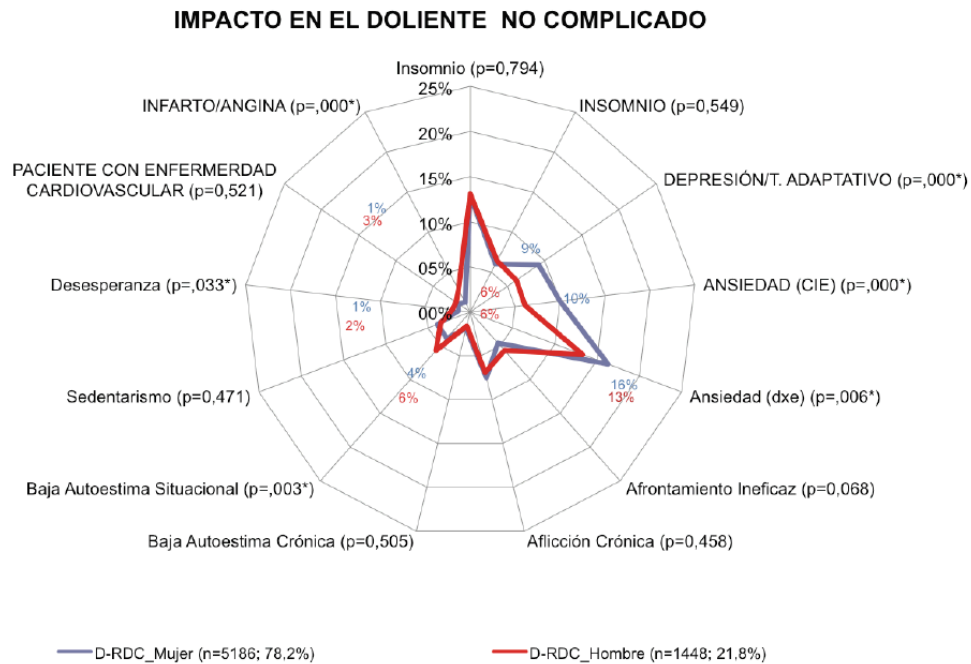
($p < 0.05$). D-RDC: Duelo-RDC: Riesgo de Duelo Complicado; DC: Duelo Complicado.

* D= Duelo; RDC= Riesgo de Duelo Complicado; DC= Duelo Complicado.

* Frecuencias relativas comparadas con la prueba χ^2 de Pearson. ,000* p implica valores $< 0,001$

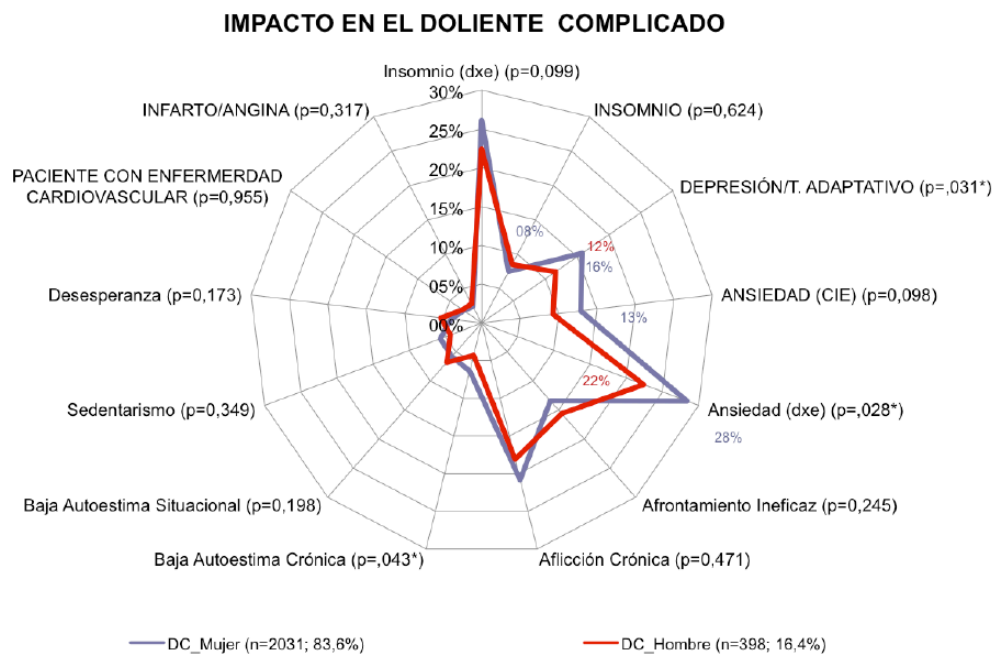
* Se presentan sombreadas en malva aquellas etiquetas que presentando diferencias estadísticamente significativas a favor de los hombres.

Gráfico 1. Representación gráfica del impacto del Duelo



• D= Duelo; RDC= Riesgo de Duelo Complicado; DC= Duelo Complicado.
 • Frecuencias relativas comparadas con la prueba χ^2 de Pearson. ,000* implica valores < 0,001

Gráfico 2. Representación gráfica del impacto del Duelo Complicado



• D= Duelo; RDC= Riesgo de Duelo Complicado; DC= Duelo Complicado.
 • Frecuencias relativas comparadas con la prueba χ^2 de Pearson. ,000* implica valores < 0,001