

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL HIDALGO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF No. 1

TITULO

**FRECUENCIA DE DUELO NO RESUELTO ANTE EL DIAGNOSTICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DEL MÓDULO DE
DIABETIMSS DEL HGZ Y UMF No. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS R- 2018-1201-002

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

JULIÁN ORTIZ GONZÁLEZ

ASESORES DE TESIS
DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
DRA. MARITZA FERRERALÓPEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **1201** con número de registro **17 CI 13 048 032** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

FECHA **Martes, 06 de febrero de 2018.**

**M.E. YURENI URIBE VAZQUEZ
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FRECUENCIA DE DUELO NO RESUELTO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DEL MÓDULO DE DIABETIMSS DEL HGZ Y UMF NO. 1 PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-1201-002

ATENTAMENTE


CAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

"FRECUENCIA DE DUELO NO RESUELTO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DEL MÓDULO DE DIABETIMSS DEL HGZ Y UMF No. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO "

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JULIÁN ORTIZ GONZÁLEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y UMF No. 1

AUTORIZACIONES:



DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA.
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL



DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ELBA TORRES FLORES.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.



DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

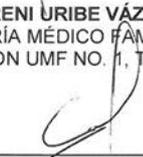


DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS



DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
CATEGORÍA MÉDICO FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN HGZ CON UMF NO. 1, TURNO MATUTINO.



DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
CATEGORÍA MÉDICO NO FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN HGZ CON UMF NO. 1, TURNO MATUTINO



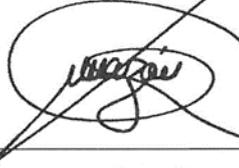
DRA. MARITZA FERRER LÓPEZ
CATEGORÍA JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO TURNO VESPERTINO
ADSCRIPCIÓN HGZ CON UMF NO. 1

**"FRECUENCIA DE DUELO NO RESUELTO ANTE EL DIAGNOSTICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DEL MÓDULO DE DIABETIMSS
DEL HGZ Y UMF No. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO. "**

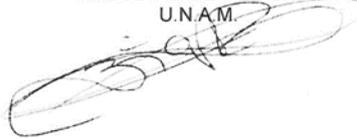
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JULIÁN ORTIZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

ÍNDICE GENERAL

0.	Resumen	1
I.	Marco teórico	2
II.	Planteamiento del problema	15
III.	Justificación	17
IV.	Objetivos	20
	A) General	20
	B) Específicos	20
V.	Hipótesis	21
	A) Hipótesis alterna	21
	B) Hipótesis nula	21
VI.	Metodología	22
	A) Universo de trabajo	22
	B) Tipo de diseño	22
	C) Criterios de selección	22
	D) Operacionalización de las variables	23
	E) Descripción general del estudio	25
	F) Análisis estadístico	25
	G) Tamaños de la muestra	25
VII.	Aspectos éticos	27
VIII.	Recursos, financiamiento y factibilidad	30
IX.	Cronograma de actividades	31
X.	Resultados	32
XI.	Discusión de los resultados encontrados	49
XII.	Conclusiones	50
XIII.	Recomendaciones	52
XIV.	Referencias bibliográficas	53
XV.	Anexos	58

0.- RESUMEN

1. **TÍTULO:** Frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ Y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo.

2. **ANTECEDENTES:** Algunos de los padecimientos con mayores pérdidas de años de vida saludables (AVISA) que se producen en hombres y mujeres son la diabetes y la depresión. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la diabetes representa la segunda causa de consulta en el primer nivel de atención y la primera en la consulta de Medicina Interna. Múltiples causas explican el bajo control glucémico en los pacientes con diabetes, los esquemas de tratamiento, la adherencia a estos, los estilos de vida, los factores personales, familiares y de competencias en autocuidado, el cumplimiento del tratamiento a largo plazo, están determinado por estados emocionales como: depresión, estrés, estilos de afrontamiento y las asociadas a “etapas del duelo por pérdida”.

3. **OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo.

4. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio observacional, transversal, descriptivo, se aplicó la encuesta Inventario Texas Revisado de Duelo, a los pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ con UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo, mediante muestreo no probabilístico, se aplicó la Escala de las Fases del Duelo (EFD-66), ya con los registros completos, se procedió a la clasificación, recuento, presentación y análisis de los resultados, así como la interpretación clínica y contrastación con la literatura disponible.

5. **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Salas de espera del consultorio de DiabetIMSS, encuestas, material de oficina, equipo de cómputo, impresora, recursos humanos personal de salud, resista y asesores, clínico y metodológico.

6. **EXPERIENCIA DEL GRUPO:** Se cuenta con un asesor clínico especialista en paidopsiquiatría, un asesor clínico y uno metodológico, especialistas en medicina familiar con amplia experiencia en el tema y que han participado en otros proyectos de investigación, así como un médico residente de medicina familiar, con conocimiento del tema.

7. **TIEMPO A DESARROLLARSE:** La presente investigación se realizará en un periodo de tiempo de seis meses posteriores a su aprobación por el CLIES

8. **RESULTADOS:** Los 110 paciente cursa alguna fase del duelo, 85 pacientes con duelo no resuelto que equivale a 77%, negación 23%, ira 18%, negociación 18%, depresión 18%, con duelo resuelto que es etapa aceptación 23%. El grupo de edad que predomino fue de 56 a 60 años con un 28.18%, la escolaridad un 31% tiene primaria, el 41% de pacientes son casados.

9. **CONCLUSIONES:** Existe un duelo no resuelto en los pacientes, secundario a padecer la patología y está relacionado con los factores de riesgo mencionados por lo tanto debemos sensibilizar al paciente y acompañarlo durante todo el proceso del duelo hasta que comprenda sobre su patología, tomando en cuenta nivel educacional, así como la edad, pero sobre todo el comprobar que el paciente comprenda la importancia del cuidado que debe tener para con la enfermedad.

I.Marco teórico

DIABETES MELLITUS

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto al miocardio, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. ⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGIA:

- En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.
- Se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia de la diabetes.
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.
- Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.
- La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición ⁽²⁾
- De los 6.4 millones de adultos mexicanos que han recibido diagnóstico por un médico y reciben tratamiento, 25% presentó evidencia de un adecuado control metabólico ⁽³⁾
- En el estado de Hidalgo la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos de más de veinte años es de 7.1%, incrementándose hasta el 19.1% después de los sesenta años ⁽⁴⁾

CLASIFICACIÓN:

La Asociación Americana de Diabetes clasifica a la Diabetes Mellitus en cuatro clases:

1. **Diabetes Tipo 1:** es el resultado de la destrucción de las células beta; por lo general conducen a una absoluta deficiencia de insulina.
2. **Diabetes Tipo 2:** es el resultado de un defecto progresivo en la secreción de insulina, teniendo como antecedente una resistencia a la insulina.
3. **Otros tipos específicos de Diabetes:** debidos a otras causas, por ejemplo, defectos genéticos en la función de las células beta, defectos genéticos por la acción de la insulina, enfermedades del páncreas, fármacos químicos inductores o infecciones.
4. **Diabetes Mellitus Gestacional:** Diabetes Diagnosticada durante el embarazo ⁽⁵⁾

FISIOPATOLOGÍA:

En la historia natural de la DM2 participan dos situaciones fisiopatológicas que sin considerarlas es difícil comprender las actuaciones que se deben tomar para evitar su aparición. Una de ellas y génesis de todo el proceso, es la resistencia a la insulina periférica como causa de la mayor necesidad de insulina por parte de los pacientes diabéticos y que en sus primeras etapas preclínicas es causa de hiperinsulinemia. La segunda se produce como respuesta a esta necesidad insulínica incrementada y consiste en un agotamiento o claudicación de las células beta pancreática, y conduce a la disminución de la secreción de insulina y a partir de aquí a la aparición de todo el componente sindrómico de la diabetes mellitus tipo 2 ⁽⁶⁾

FACTORES DE RIESGO:

Con respecto a los factores asociados a su etiología, es de sobra conocido que el riesgo genético es necesario, pero no suficiente para desarrollar la enfermedad. El cambio de “modo de vida” y de las costumbres ha traído consigo cambios en factores medioambientales, culturales, conductuales y sociales, tales como: la obesidad, la sobre ingestión de alimentos ricos en grasa y azúcares y sedentarismo, aspectos que han jugado un papel preponderante; así resulta evidente que la diabetes se asocia con factores de carácter cultural y social, que sumados a los factores biológicos, además de los genéticos, los familiares, el envejecimiento y la distribución de grasa corporal, podrían explicar su comportamiento epidémico ⁽⁷⁾

De todos es conocido que la frecuencia de la Diabetes Mellitus, sobre todo la tipo 2, se incrementa día por día, independientemente de razas, estatus social o nivel de desarrollo de los países, y constituye un importante problema de salud de la población adulta, ya que se ha convertido en la principal causa de enfermedad y muerte temprana en la mayoría de los países del mundo, principalmente por aumentar el riesgo de los eventos cardiovasculares y porque en los últimos años también ha ganado terreno en la infancia ⁽⁸⁾

La prevalencia de DM2 en México es de 14.4%, con cerca de la mitad de los casos que desconocen padecer la enfermedad. ⁽⁹⁾ Por otro lado, las complicaciones crónicas de la DM2 representan la primera causa de mortalidad general ⁽¹⁰⁾. Además, el gasto que representa para el sistema de salud nacional es muy alto. En México, para el año 2010 se proyectó un costo directo anual (medicamentos, consultas, hospitalizaciones y tratamiento de complicaciones) en la atención de pacientes con DM2, tanto en instituciones de salud pública como de seguridad privada, de \$343, 226,541 millones de dólares; y costos indirectos (mortalidad, discapacidad temporal y permanente) de USD \$435, 200,934, para un gran total de USD \$778, 427,4755 ⁽¹¹⁾

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

La American Diabetes Association (ADA), en sus recomendaciones anuales de enero 2014, establece los siguientes criterios diagnósticos:

1. Determinación de hemoglobina glucosilada (A1C) mayor o igual a 6.5%.
2. Medición de la glucemia en ayunas mayor de 126mg/dl. El periodo de ayuno se define como ausencia de ingesta de calorías cuando menos por 8 horas.
3. Glucemia plasmática de 2 horas mayor o igual a 200mg/dl, mediante una prueba de tolerancia a carga de glucosa por vía oral de 75g. La prueba deberá realizarse de acuerdo a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud; la carga debe contener el equivalente de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.
4. Glucemia en plasma venoso al azar 200 mg/dl o mayor con síntomas típicos ⁽¹²⁾.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus el diagnóstico de la enfermedad en el sistema nacional de salud es:

Caso Confirmado de Diabetes, a la persona cuyo diagnóstico se corrobora por medio de laboratorio: una glucemia plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl; una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200mg/dl; o bien, una glucemia mayor o igual a 200mg/dl a las 2 horas después de una carga oral de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua ⁽¹³⁾

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA:

La hemoglobina glicada o glicohemoglobina, más conocida con la sigla HbA1c, hemoglobina A1C o simplemente A1C, tradicionalmente mal denominada hemoglobina glicosilada o glucosilada, de acuerdo con la definición de la

International Federation of Clinical Chemistry (IFCC) es un término genérico que se refiere a un grupo de sustancias que se forman a partir de reacciones bioquímicas entre la hemoglobina A y algunos azúcares presentes en la circulación sanguínea⁽¹⁴⁾. Aunque la hemoglobina glucosilada tiene varias fracciones (HbA1a, HbA1b, y HbA1c) la más estable, la que tiene una unión con la glucosa más específica es la fracción A1c⁽¹⁵⁾, esta refleja con bastante precisión la concentración promedio de glucosa sérica a lo largo de los últimos 2 a 3 meses⁽¹⁶⁾ y tiene varias ventajas sobre la glucosa plasmática en ayunas, como una mayor comodidad ya que el ayuno no es necesario, una mayor estabilidad pre analítica y menos perturbaciones durante los períodos de estrés y de enfermedad⁽¹⁷⁾.

Todas las guías de práctica clínica (GPC), desde las más antiguas a las más recientes, han otorgado una extraordinaria importancia al valor de la HbA1c como imagen del control glucémico.

Los valores normales de la HbA1c son de 4-6%.

Las recomendaciones propuestas por la ADA en su revisión anual de 2014 incluyen como objetivos de control glucémico:

La reducción de la HbA1c a un promedio del 7%, ya que ha demostrado claramente reducir las complicaciones micro vasculares de la diabetes y, posiblemente, la enfermedad macro vascular. Por lo tanto, el objetivo de HbA1c para los adultos en general es menor a 7%.

Los estudios epidemiológicos han sugerido un incremento (aunque, en términos absolutos, pequeño) de beneficio por la reducción de HbA1c del 7% al rango normal, 6%. Por lo tanto, la meta de HbA1c para determinados pacientes individuales será lo más cercano posible a la normalidad (menor al 6%) sin que ello produzca grandes hipoglucemias⁽¹⁸⁾.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que debe realizarse una prueba de HbA1c por lo menos dos veces al año en pacientes que alcanzan las metas de tratamiento (y cuyo control de glucemia sea estable), y trimestralmente (cuatro

veces al año) en los pacientes cuyo régimen de tratamiento haya sido modificado o no estén alcanzando las metas de control glucémico ⁽¹⁹⁾.

El Promedio de las glicemias de acuerdo con el resultado de hemoglobina Glucosilada según la Federación Mexicana de Diabetes se muestra en la tabla 1 (FMD) ⁽²⁰⁾.

TABLA 1

Prueba de hemoglobina glucosilada	Promedio de glicemias	Calificación
5-6 %	80-120 mg/dl.	Excelente
6-7 %	120-150 mg/dl.	Muy bueno
7-8 %	150-180 mg/dl.	Bueno
8-9 %	180-210 mg/dl.	Regular
9-10 %	210-240 mg/dl.	Problemático
10-11 %	240-270 mg/dl.	Malo
11-12 %	270-300 mg/dl.	Muy malo

COMPLICACIONES:

Las complicaciones más frecuentes de la Diabetes Mellitus tipo 2 son:

1. **Nivel micro vascular:** retinopatía diabética, nefropatía diabética y neuropatía diabética.
2. **Nivel macro vascular:** acelerando la aterosclerosis que participa en el desarrollo de infarto de miocardio, de eventos vasculares cerebrales y de gangrena periférica en estos pacientes ⁽²¹⁾

TRATAMIENTO:

La educación es la piedra angular del tratamiento y está presente en todos los servicios como elemento esencial en la atención integral al paciente diabético ⁽²²⁾

Los principales ejes del tratamiento de la diabetes descritos incluyen educación diabetológica, recomendaciones nutricionales, ejercicio y autocontrol ⁽²³⁾. La multidimensionalidad del mismo, el esfuerzo que implica modificar hábitos previamente establecidos, así como la disposición para mantenerlos, permiten afirmar que el tratamiento es complejo, más aún si se considera que los adultos son más resistentes al cambio ⁽²⁴⁾.

En el tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2, el objetivo prioritario es obtener un control metabólico óptimo en cuanto a valores de glucosa, lípidos y presión arterial. Este paradigma se basa en estudios (Steno-2, Kumamoto, UKPDS) que demuestran que el buen control puede reducir las complicaciones micro vasculares y en cierta manera la progresión de la enfermedad cardiovascular.

Los pilares del tratamiento de la DM2 son 5: la dieta, el ejercicio, el autoanálisis glucémico, los fármacos y el control de los factores de riesgo vascular ⁽²⁵⁾

DUELO

El duelo es un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación, de la salud, etcétera. Se trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos. Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades. Este proceso se relaciona con la aparición de problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada o crisis de angustia, mismos que pueden incrementar el abuso de alcohol y fármacos. Entre un 10 a un 34 % desarrollan un duelo patológico que aumenta el riesgo de muerte por

eventos cardiacos y suicidio. En el modelo Kübler-Ross, presentado en el libro *On death and dying*, se describen cinco etapas distintas del proceso por las que los individuos atraviesan cuando existe una pérdida: negación, ira/incredulidad, negociación, depresión y aceptación. Dichas etapas se aplicaron inicialmente a personas que sufrían enfermedades terminales y luego a cualquier pérdida de eventos significativos en la vida. Las etapas no suceden necesariamente en el orden descrito, ni todas son experimentadas por todos los pacientes. ⁽²⁶⁾

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CURSO DE DUELO:

1. **Personalidad del sujeto:** Capacidad de contención, de expresar sentimientos y emociones, de establecer vínculos afectivos.
2. **Circunstancias de la muerte o pérdida:** La reacción no es la misma ante una muerte esperada y si es repentina o traumática (por homicidio, suicidio o accidente)
3. **Edad del difunto:** Más intensa si es prematura; niño, adolescente, joven, adulto o anciano.
4. **Naturaleza del vínculo de relación:** Nivel de apego al ser querido fallecido.
5. **Antecedentes personales del duelo:** Duelos anteriores y elaboración de estos. Experiencias infantiles predisponentes o elaboración insuficiente y/o psicológica.
6. **Redes sociales de contención:** Familia, amigos, profesionales.
Características del deudo: Edad, sexo, estado de salud. ⁽²⁷⁾

ETAPAS DEL DUELO SEGÚN ELIZABETH KÜBLER ROSS

1. NEGACIÓN Y AISLAMIENTO: La negación angustiosa ante la presentación de un diagnóstico es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no le conoce bien o que lo hace rápidamente para “acabar de una vez” sin tener en cuenta la disposición del paciente. La negación, a veces parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no solo durante las primeras

fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a charlar con alguien de su muerte inminente. Este dialogo deberá tener lugar cuando buenamente pueda el paciente, cuando él esté dispuesto a afrontarlo. Además, el dialogo se ha de terminar, cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

2. IRA. En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para el familiar y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrara motivos de queja. Aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla, les ayudara a aceptar mejor sus últimas horas.

3. NEGOCIACIÓN. La negociación es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta” además fija a plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo, y la promesa, implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o con el sacerdote.

4. DEPRESIÓN. Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo (Fortaleza y dominio sobre uno mismo, especialmente ante las desgracias y dificultades), su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Las hospitalizaciones y tratamientos prolongados se agregan otras cargas: pérdida de empleo, financieras, incapacidad de trabajar, mandar a vivir fuera de

casa a niños, cuando las madres son las que enferman y así atribuyéndose sensación de culpa y tristeza. El dolor preparatorio es por el que habría de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. (28,29,30)

Kübler Ross menciona dos clases de depresión; la depresión reactiva y la depresión preparatoria. La primera el paciente ha perdido la capacidad para desempeñar su papel principalmente cuando se encuentran involucrados niños o personas ancianas o solas, para las que hay que buscar un sistema de vida. La segunda la depresión preparatoria generalmente es silenciosa no se necesitan muchas palabras. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano. Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrara mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no este triste. (31)

5. ACEPTACIÓN. Cuando a un paciente se le ha ayudado a pasar por las fases a antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto, Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo en breves intervalos. Esto no es un sueño evasivo o un periodo de descanso para aliviar el dolor. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Esta casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del “descanso final antes del viaje”. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita mayor ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Hay pacientes que luchan hasta el final, que pugnan y conservan una esperanza que hacen imposible alcanzar esta fase de aceptación.

Son los que dirán: “No puedo seguir haciéndolo”, el día que dejan de luchar. Cuanto más luchen para esquivar la muerte inevitable, cuanto más traten de negarla, más difícil les será llegar a esta fase final de aceptación con paz y dignidad. ⁽³²⁾

Al principio del proceso de duelo es normal que ocurra las etapas mencionadas anteriormente, pero mantenido en el tiempo puede desembocar en un duelo patológico, complicado o no resuelto, que podría definirse como “la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución” (Horowitz, 1980).

En este sentido, una de las clasificaciones que más consenso ha adquirido establece cuatro subtipos de duelo complicado:

1. **Duelo crónico:** Pasa un año y la persona siente que nunca acaba. No termina de amoldarse a su nueva vida y sigue sin aceptar el dolor, la angustia o la ansiedad que siente al recordar la pérdida. La persona se detiene en alguna de las tareas descritas anteriormente sin llegar a su finalización.
2. **Duelo retrasado o pospuesto:** Tras la pérdida, la persona experimenta ciertas emociones, pero no todas las que existían, o con su verdadera intensidad y, pasado un tiempo, vuelve a experimentar una fuerte carga emocional ante algún acontecimiento que reabre la herida.
3. **Duelo exagerado o patológico:** la persona se siente desbordada de dolor y trata de evadirse mediante ciertas conductas de evitación, como consumo excesivo de alcohol o drogas, centrarse obsesivamente en el trabajo, en salir o en cualquier conducta que le permita sobrellevar el dolor, lo cual puede llevar, en última instancia, a desarrollar algún trastorno psicopatológico, como problemas de ansiedad o depresión. Puede ser que la persona sea consciente de que hace todo esto para evitar el dolor que la pérdida implica, pero no sepa cómo afrontarlo.
4. **Duelo enmascarado:** la persona presenta problemas físicos o realiza conductas que le causan dificultades, pero sin darse cuenta de que éstas tienen que

ver con la pérdida no superada. Por ejemplo, puede experimentar síntomas físicos similares a los del fallecido antes de morir o desarrollar problemas psicopatológicos (ansiedad, trastornos alimentarios, etc.), sin ser consciente de que su malestar tiene que ver con el duelo no resuelto. ⁽³³⁾.

Algunos de los padecimientos con mayores pérdidas de años de vida saludables (AVISA) que se producen en mujeres son la diabetes y la depresión. ⁽³⁴⁾.

Escala de las Fases del Duelo (EFD-66)

Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia, en su trabajo “el significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por kübler-ross mediante las redes semánticas naturales” diseñaron una escala para medir las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud, a partir de los resultados obtenidos. Aplicaron un test de asociación libre de palabras con la técnica de redes semánticas naturales a una muestra no probabilística intencional de 18 pacientes oncológicos y 12 cuidadores primarios. Se encontraron que las asociaciones de palabras eran congruentes con la expectativa teórica.

A partir de estas palabras y algunas consideraciones teóricas se desarrolla la Escala de las Fases del Duelo conformada por 66 ítems tipo Likert y cinco dimensiones.

Los 66 ítems están redactados de manera directa; es decir que **a mayor puntuación, mayor es la frecuencia en la que experimentan cada una de las fases del duelo ante la enfermedad**. 15 ítems para la fase de negación (1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66), 12 ítems para la fase de ira (2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56), 12 ítems para la fase pacto o negociación (3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57), 12 ítems para la fase depresión (4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58), y 15 ítems para la fase de aceptación de la enfermedad (5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65).

El rango de respuesta es de cinco puntos (de 1 = nunca a 5 = siempre). Por lo tanto,

para las fases de negación y aceptación de la enfermedad (con 15 ítems cada una de las fases) la puntuación variará de 15 a 75 puntos, y para las fases de ira, pacto y depresión ante la enfermedad (con 12 ítems cada una de las fases) la puntuación variará de 12 a 60 puntos. ⁽³⁶⁾

Estudios relacionados:

Rodríguez-Moctezuma JR et al, "Etapas del duelo en diabetes y control metabólico.", Objetivo de este artículo es identificar las etapas del duelo y su asociación con el control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Métodos: se incluyeron 186 sujetos diabéticos, de ambos sexos, sin pérdida reciente de un ser querido ni enfermedades terminales. Se les aplicó un instrumento validado que exploró las etapas del duelo (negación, ira/ incredulidad, negociación, depresión, y aceptación). Se midió: IMC, perímetro de cintura, niveles promedio de glucosa, colesterol y triglicéridos en los últimos 6 meses. Resultados: las asociaciones entre las etapas del duelo y las variables clínicas mostraron que en la negación, el IMC es mayor 33.1 ± 6.2 contra 28.9 ± 4.6 con $p = 0.001$; en etapa de incredulidad, la glucemia es mayor 190 ± 67 frente a 16 ± 51 con $p < 0.05$; la etapa de negociación se asocia a mayor edad 65.6 ± 10 contra 59.1 ± 11 años con $p = 0.001$ y con nivel de colesterol mayor de 229.4 ± 39.1 frente a 206.6 ± 40 con $p < 0.05$; la etapa de depresión se asoció con mayor tiempo de diagnóstico 13.3 ± 8.9 frente a 9.4 ± 7.1 años, con $p < 0.05$ y con el nivel de glucemia de 198.9 ± 60 frente a 164 ± 51 mg/dL con $p = 0.001$. Conclusiones: existen asociaciones lógicas entre variables clínicas y etapas del duelo. Se debe identificar el duelo como un elemento adicional en la evaluación de pacientes con diabetes y establecer estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento y el control metabólico. ⁽³⁵⁾.

II. Planteamiento del problema

La diabetes mellitus es una enfermedad endocrina y metabólica de curso crónico con una fuerte predisposición hereditaria, que se vincula con diversos factores ambientales y se distingue por la deficiencia en la producción y utilización de insulina, cuya consecuencia es la elevación anormal de la glucosa.

En la actualidad, la diabetes mellitus ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en el país. Se considera uno de los mayores problemas de salud pública por el número de personas afectadas por las incapacidades y la mortalidad temprana que provoca, así como por los costos del control y tratamiento de sus complicaciones. Uno de los mayores obstáculos que enfrentan los profesionales de salud durante el proceso de intervención de pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, fenómeno constante en las enfermedades que generan cambios en los hábitos de vida. El diagnóstico de la enfermedad muchas veces ocasiona un choque emocional para la persona que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad. Por tanto, es necesario comprender que los aspectos psicológicos, sentimientos y comportamientos pueden interferir en la motivación y la predisposición a la incorporación de cambios en los hábitos de vida.

Para el tratamiento efectivo de las enfermedades crónico-degenerativas, es necesario incluir el tratamiento psicológico-emocional del paciente, de tal manera que el manejo sea integral y garantice su bienestar. El duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad. La negación reduce la respuesta al estrés; sin embargo, tiene un efecto negativo en la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad.

En diversos estudios se reporta que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son dos veces más propensos a sufrir depresión.

Algunos hallazgos confirman la relación significativa entre la depresión y las complicaciones crónicas de la diabetes, como: retinopatía, nefropatía, neuropatía, alteraciones vasculares y disfunción sexual, lo cual conlleva a deterioro del

bienestar y de la calidad de vida. Se ha comprobado que la depresión incide significativamente en el apego al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Se sugiere incluir una evaluación de la depresión en el protocolo de tratamiento de estos pacientes.

¿Cuál es la frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HG Z y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo?

III. Justificación

La Diabetes Mellitus tipo es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que se encuentra en el 21 al 25% de la población adulta general. Esta cifra obliga a que todo médico, independientemente de su grado académico o especialización, deba tener un conocimiento claro y lo más profundo posible del padecimiento, ya que sería imposible que la diabetes fuera vista y tratada solamente por especialistas; sin embargo, actualmente no solo se requiere controlar, prevenir o atender la enfermedad, sino que se necesita en primer término identificar ciertas situaciones acerca del estilo de vida de los pacientes con esta patología, ya que el estilo de vida que llevan, conduce a actitudes negativas hacia el cuidado de la salud que no solo afecta a quién padece la enfermedad, sino también a la familia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la diabetes representa la segunda causa de consulta en el primer nivel de atención y la primera en la consulta de Medicina Interna. Múltiples causas explican el bajo control glucémico en los pacientes con diabetes, entre ellas se encuentran las relacionadas con la enfermedad, los esquemas de tratamiento, la adherencia a estos, los estilos de vida, los factores personales, familiares y de competencias en autocuidado. Otros factores atribuidos al paciente, como el cumplimiento del tratamiento a largo plazo, están determinado por estados emocionales como: depresión, estrés, estilos de afrontamiento y las asociadas a “etapas del duelo por pérdida”

Cuando se realiza el diagnóstico de una enfermedad que nos acompañara toda la vida, se puede generar un duelo que es generado por el sentimiento de pérdida de la salud; el duelo es un estado de adaptación emocional normal ante una pérdida (ser querido, empleo, una relación, la salud, etc.). Se trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos.

Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades. Este proceso se relaciona con la aparición de problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada o crisis de angustia, mismos que pueden incrementar el abuso de alcohol y fármacos. Entre un 10 a un

34 % desarrollan un duelo patológico que aumenta el riesgo de muerte por eventos cardiacos y suicidio.

En el modelo Kübler-Ross, presentado en el libro *On death and dying*, se describen cinco etapas distintas del proceso por las que los individuos atraviesan cuando existe una pérdida: negación, ira/incrédulidad, negociación, depresión y aceptación. Dichas etapas se aplicaron inicialmente a personas que sufrían enfermedades terminales y luego a cualquier pérdida de eventos significativos en la vida. Las etapas no suceden necesariamente en el orden descrito, ni todas son experimentadas por todos los pacientes, aunque una persona sufrirá al menos dos de estas etapas.

En un reciente estudio, la tasa promedio anual de consultas a un centro de salud resultó ser un 80 % mayor entre los pacientes sometidos al duelo que en el resto de la población. Se ha estudiado el proceso de la adaptación en la forma de actuar y sentir del duelo por pérdida y por diabetes tipo 2 en pacientes y familiares, así como de la incidencia en el duelo durante estados pre diabéticos.

Se ha elegido el tema de "Frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ Y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo, debido a que durante la atención cotidiana que se brinda en los consultorios de medicina familiar, se observa que los pacientes no siguen las indicaciones médicas para su tratamiento, e incluso tampoco siguen las indicaciones para llevar a cabo una adecuada dieta y ejercicio; aunado a lo anterior, existe desapego a los medicamentos y complicaciones derivadas del descuido, así como antecedentes de continuos ingresos al servicio de urgencias y a hospitalización, esto implica a nivel psicológico que estos pacientes tienen un duelo patológico por lo cual no llevan un control adecuado de su enfermedad.

Es precisamente por las situaciones señaladas y por la carencia de información objetiva acerca de la relación de los estilos de vida y la aceptación de esta enfermedad, que se justifica realizar una investigación bajo el enfoque biopsicosocial, ya que permitirá identificar los factores psicológicos, sociales y culturales.

ASPECTOS ESPECÍFICOS:

MAGNITUD: Actualmente se desconoce la magnitud del duelo no resuelto en pacientes, a pesar de que las estadísticas señalan que la diabetes mellitus ocupa a un lugar importante en la morbi-mortalidad nacional, y que gran parte de ello se debe a la falta de aceptación del por el paciente, resultado de un duelo no resuelto, por lo que se considera importante la investigación. Una vez conocida la magnitud de la frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de diabetes mellitus 2, el médico familiar podrá realizar intervenciones para lograr un mejor control metabólico y disminuir el impacto que el incremento del problema genera, utilizar la información generada del presente como herramienta fundamental con fines de mejora de las acciones de control y prevención, así como una mayor promoción para el apego a las medidas terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, involucrando a todo el núcleo familiar

TRASCENDENCIA: Una vez que se establezca la frecuencia de duelo no resuelto, ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la trascendencia del estudio radica en la atención del primer nivel de atención, específicamente para establecer un plan de intervención personalizado en base a la etapa de duelo, donde el médico familiar juega un papel primordial, encaminado a lograr un control glucémico óptimo con participación del núcleo familiar completo, con lo cual lograremos incidir en el curso de la enfermedad, para limitar el daño y con ello disminuir la carga económica para la institución debido al manejo de las complicaciones.

FACTIBILIDAD: La factibilidad del estudio se sustenta por la accesibilidad de aplicación de las encuestas a los pacientes de 35 a 65 años de edad, en el momento que acudan al grupo de DiabetIMSS, se aprovecha este tiempo y así no se interfiere sus actividades laborales ni en su consulta.

IV. Objetivos

- General

Determinar frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del Hospital General de Zona con unidad de Medicina Familiar No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo.

- Específicos

- ❖ Identificar la edad a la que se presenta con mayor frecuencia el duelo no resuelto ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- ❖ Determinar el sexo en el que se presenta con mayor frecuencia el duelo no resuelto ante el diagnóstico de diabetes mellitus
- ❖ Determinar la etapa de duelo con mayor frecuencia presentan los pacientes ante el diagnóstico de diabetes mellitus.
- ❖ Determinar el control glucémico de los pacientes con duelo no resuelto ante el diagnóstico de diabetes mellitus 2

V.Hipótesis

HIPÓTESIS ALTERNA

La frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo es mayor al 50%.

HIPÓTESIS NULA

La frecuencia del duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo es menor al 50%.

VI. Metodología

a) UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes de 35 a 65 años de edad ambos sexos con diagnóstico de Diabetes mellitus adscritos al HGZ y UMF No. 1, y que acuden DiabetIMSS, durante el periodo del estudio.

b) TIPO DE DISEÑO

- **OBSERVACIONAL:** El investigador no modifica ni interviene en el fenómeno
- **DESCRIPTIVO:** solo se identificarán y cuantificarán variables sin establecer comparaciones de tipo inferencial o para generalización.
- **TRANSVERSAL:** Ya que la recopilación de los datos se realizará en una sola ocasión y en un solo período de tiempo, sin seguimiento posterior.

c) CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Pacientes de 35 a 65 años, adscritos al HGZ Y UMF No. 1.
- ❖ Con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- ❖ Inscritos en el módulo de DiabetIMSS.
- ❖ Que acepten participar en el estudio, y den su consentimiento por escrito

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ Pacientes con diagnóstico y/o tratamiento antidepresivo previo al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- ❖ Pacientes que hayan sufrido alguna amputación
- ❖ Pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad previo al diagnóstico de diabetes mellitus

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Pacientes que otorgaron su consentimiento y que en algún momento de la investigación externen su deseo de abandonar el estudio.
- ❖ Encuestas incompletas.
- ❖ Encuestas ilegibles.

d) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Diagnóstico de diabetes Mellitus

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS	El diagnostico de DM se da al cumplir los criterios diagnósticos para diabetes, los cuales son: 1. Glucosa en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl 2. HbA1C, igual o mayor a 6.5 3. Curva de tolerancia a la glucosa igual o mayor a 200 mg/dl a las 2 horas tras la carga de glucosa 4. Glucosa al azar igual o mayor a 200 mg/dl	Es cuando se le da la confirmación al paciente que cumple con los criterios diagnósticos para diabetes	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. SI 2. NO

VARIABLE DEPENDIENTE.

Duelo no resuelto

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
DUELO NO RESUELTO	Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución"	Se aplicará la escala de las Fases del Duelo (EFD-66) 66 ítems, respuesta es de cinco puntos . -Nunca 2.-Pocas veces 3.-A veces 4.-Casi siempre 5.-Siempre	Cualitativa Ordinal Politémica	1. fase de negación 2. fase de ira 3. fase pacto o negociación 4. fase depresión 5. fase de aceptación

		<p>A mayor puntuación, mayor es la frecuencia en la que experimentan cada una de las fases del duelo ante la enfermedad.</p> <p>15 ítems fase de negación (1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66), 12 ítems fase de ira (2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56), 12 ítems fase pacto o negociación (3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57), 2 ítems fase depresión (4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58), 15 ítems fase de aceptación de la enfermedad (5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65).</p>		de la enfermedad
--	--	--	--	------------------

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento que ha vivido una persona hasta el momento actual	Años de vida referidos por el paciente y en base a la fecha de nacimiento del mismo, posterior a realizar cuestionamiento directo de manera verbal.	Cuantitativa Discreta De Intervalo	35-40 41-45 46-50 51-55 56-60 61-65
GÉNERO	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o una mujer	Identificación del fenotipo de una persona que lo ubique como masculino o femenino.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. hombre 2. mujer
ESCOLARIDAD	Nivel de escolaridad cursado. Grado máximo de estudios	Se obtendrá el grado de escolaridad del paciente entrevistado, al preguntarle al momento de la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria completa 4. Secundaria completa 5. Preparatoria 6. Licenciatura 7. Maestría 8. otro
OCUPACIÓN	Trabajo que una persona realiza en un determinado tiempo y a cambio de algún tipo de pago.	El oficio del paciente se registrará en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal Politómica	1. Ama de casa 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. Profesionista 6. otros

ESTADO CIVIL	Condición de una persona en el orden social	Se interrogará a los pacientes a través de entrevista directa	Cualitativa Nominal Politómica	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a) 5. Viudo (a)
CONTROL GLUCEMICO	Se refiere a la continua medición de la glucemia (glucosa) y se puede realizar en cualquier momento, utilizando un dispositivo portátil llamado glucómetro. Ver también: Análisis de glucemia. Análisis de glucosa en orina.	Se considera control glucémico de acuerdo a los siguientes criterios 1.- controlada glicemia en ayunas 90 -1340 mg/dl 2. Glucemia postprandial igual o menor a 180 mg/dl	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. controlado 2. no controlado

e) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo, previa aprobación del Comité de Investigación local; se tuvieron disponibles los instrumentos para la obtención de datos antropológicos, cuestionarios para la encuesta que se aplicó durante los 4 semanas posteriores a su aprobación, seleccionados al azar durante el periodo del estudio, se obtuvo el consentimiento informado, se dio a conocer los objetivos de la investigación, se preguntó a cada paciente de 35 a 65 de edad de ambos sexos que acudió al módulo de DiabetesMSS, se les invito a participar en la investigación, al aceptar participar se le aplicó el cuestionario; primera sección, contiene preguntas que exploran variables sociodemográficas y la segunda contiene la “Escala de las fases del duelo (EFD-66)”evalúa las cinco etapas del duelo, se complementó con los datos del expediente clínico, en todo momento se efectuó el control de la calidad de la información registrada en los documentos. Toda vez que ya se contó con los registros completos, se procedió a la clasificación, recuento, presentación y análisis de los resultados, así como la interpretación clínica y contrastación con la literatura disponible.

f) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con base a las variables del estudio y previa codificación, se diseñó la base de datos en el paquete Excel para obtener las frecuencias, se elaboró los cuadros de salida, así como los gráficos en función al tipo de escala y variable. Se calculó las

medidas de tendencia central y las de dispersión para las variables cuantitativas, y para las cualitativas se utilizó porcentajes y cifras absolutas comparando y jerarquizando los resultados para su interpretación clínica.

g) TAMAÑOS DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de proporciones para poblaciones finitas en estudios observacionales descriptivos, manejando el nivel de confianza del 95 %, expresado en la tabla de la distribución normal como 1.96; una precisión de 10 %; y al no tener información sobre la frecuencia de los estilos de vida se adopta la proporción de 50 %.

$$N = \frac{Z^2 (P) (Q)}{\epsilon^2}$$

Dónde:

Z^2 = Valor del área de la distribución normal (confianza del 95 %)

P= Frecuencia esperada fenómeno objeto de la investigación o probabilidad. (50 %)

Q= Frecuencia de no ocurrencia del fenómeno objeto de la investigación. (50 %)

ϵ^2 = Precisión (10 %)

$3.84 (50) (50)$ = 96 Muestra inicial, ajustándose a 110 pacientes. $(10)^2$

Muestreo: Probabilístico de tipo aleatorio simple, (seleccionados al azar), de 110 pacientes adultos de 35 a 65 años de edad que tuvieron el diagnóstico de diabetes mellitus y que acudieron al grupo de DiabetIMSS.

VII. Aspectos éticos.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación a realizar se clasifica en la siguiente categoría:

INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO

Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y los datos obtenidos serán manejadas en forma confidencial.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas.

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente.
4. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.
5. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.
6. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
7. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.
8. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de

que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

9. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción.

La investigación a realizar contempla todos los principios mencionados en esta declaración, aun cuando algunos se refieren a diseños experimentales, en especial aplican a la investigación los principios 8 y 9.

VIII. Recursos, financiamiento y factibilidad

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:

- a. **RECURSOS HUMANOS:** se cuenta con un asesor clínico y un asesor metodológico, especialistas en medicina familiar, ambas con amplia experiencia en el tema, y que han participado en otros proyectos de investigación. Así como un médico residente en medicina familiar con conocimiento del tema.
- b. **RECURSOS FÍSICOS:** Infraestructura del HGZ con UMF No. 1
- c. **RECURSOS MATERIALES:** Laptop, impresora, encuestas, consentimientos informados, hojas, lápices, plumas, encuestas, gomas, paquete estadístico.
- d. **RECURSOS FINANCIEROS:** Los gastos generados por la presente investigación serán absorbidos en su totalidad por los investigadores que participan en ella.

FACTIBILIDAD:

La factibilidad del estudio se sustenta por la accesibilidad de aplicación de las encuestas a los pacientes de 35 a 65 años de edad, en el momento que acudieron al grupo de DiabetIMSS, se aprovechó este tiempo y así no se interfirió en sus actividades laborales ni en su consulta.

IX. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	ENE FEB 2017	MAR ABRI 2017	MAY JUN 2017	JUL AGO 2017	SEP OCT 2017	NOV FEB 2017	MAR JUN 2018	JUL AGO 2018
Planeación del Protocolo								
Búsqueda de información e integración del protocolo								
Redacción del protocolo y entrega para evaluación del comité								
Evaluación por el comité								
Correcciones del protocolo de acuerdo a revisores								
Aplicación de cuestionarios								
Análisis de resultados y conclusión del estudio.								
Reporte final e impresión del trabajo final								
Recolectar firmas de autorización								

X.Resultados

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

1. El presente estudio se realizó en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo en el módulo de DiabetIMSS del HGZ con UMF No.1 IMSS de esta ciudad, cumplió con todos los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en investigación clínica, así como las normas de ética que establece el Reglamento de La Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación en salud y con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, sobre los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud.

Se aplicó un cuestionario a un total de 110 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo y que pertenecieron al grupo etario comprendido entre 35-65 años, a cada uno de ellos se le otorgó una carta de consentimiento informado la cual fue firmada por el paciente, la información obtenida fue confidencial no identificándose a ningún paciente ni proporcionando información a terceras personas, no se violaron los derechos de ningún participante, todos ellos respondieron en su totalidad las preguntas del cuestionario, es decir, ninguno de los participantes se retiró o abandonó el estudio sin concluir el mismo, se obtuvo una tasa de respuesta del 100%.

La población de la muestra del protocolo es de 110 pacientes, divididos para el presente en grupo etario por quinquenios, obteniendo los siguientes resultados para el análisis estadístico:

El grupo etario: el 28 % de los pacientes se encuentran entre los 56 y 60 años de edad; el 20% de los pacientes entre los 51 y 55 años; otro 20% entre los 61 y 65 años de edad; el 17% entre 45 y 60 años; El 10% entre los 41 y 45 años; el 5% entre 35 y 40 años; completa el 100%.

En cuanto a la escolaridad el 31% de los pacientes tienen primaria completa, el 25% bachillerato o preparatoria, el 19 % secundaria, el 16% carrera técnica, 7% licenciatura y 1% posgrado, completa el 100%.

El 41% de pacientes casados predominan del total de la muestra, 23% vive en unión libre, 11% son divorciados, 10% son separados, 8% son viudos y el 7% son solteros, completa el 100%.

Dentro del género con 54% son mujeres y 46% son hombres, sin haber una diferencia importante.

Ítems para la identificación de los pacientes con duelo no resuelto se tomó en cuenta a los pacientes en las fases de negación, ira, negociación y depresión (primeras fases de duelo) y para los pacientes con duelo resuelto se consideró a los pacientes en fase 5 o de aceptación.

De los 110 pacientes que contestaron la encuesta, los 110 pacientes se encuentran en alguna fase del duelo. Por lo tanto, el 77% de pacientes (85) están en duelo no resuelto y 23% de pacientes (25) en duelo resuelto.

Un total de 23% de pacientes (25) de la población encuestada, se encuentra en la fase de negación, el 18% de pacientes (20) en la fase de ira, el 18% de pacientes (20) en fase de negociación, el 18% de pacientes (20) en fase de depresión, secundario a la patología.

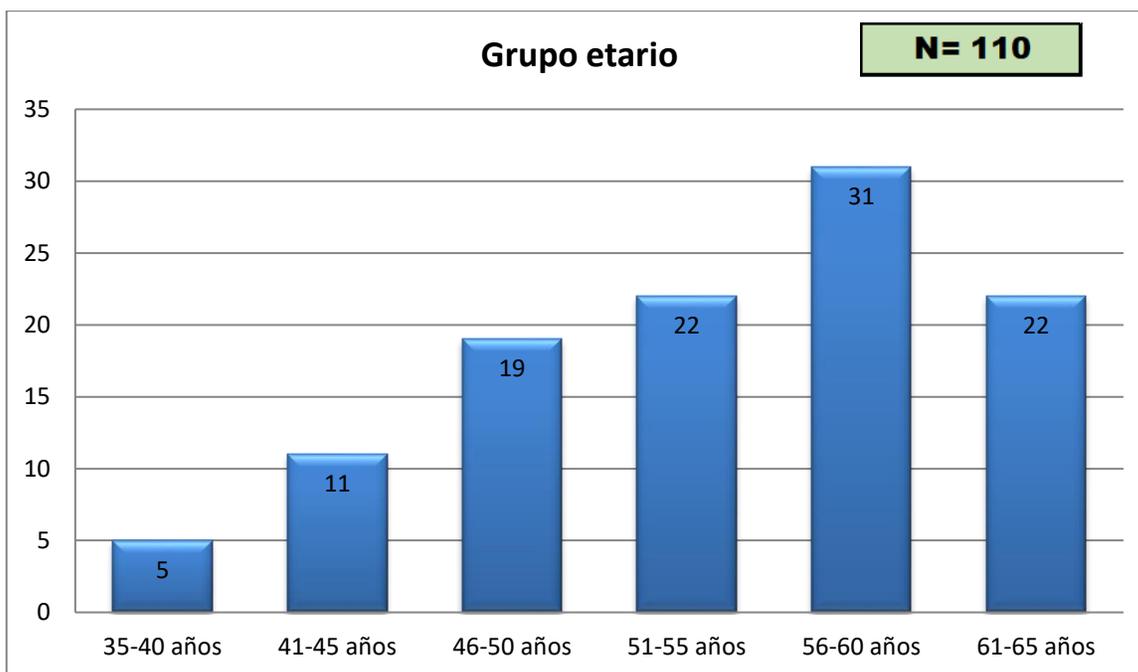
25 pacientes (23%) de la población en fase de aceptación, han superado las primeras cuatro fases y se encuentran en resolución del duelo.

Tabla 1.- Grupo Etario de los pacientes.

Grupo etario	Total
35-40 años	5
41-45 años	11
46-50 años	19
51-55 años	22
56-60 años	31
61-65 años	22
TOTAL	110

Tabla 1 Predominan los pacientes en el grupo de edad de 56-60 años.

Gráfica 1. Grupo etario representado en quinquenios.



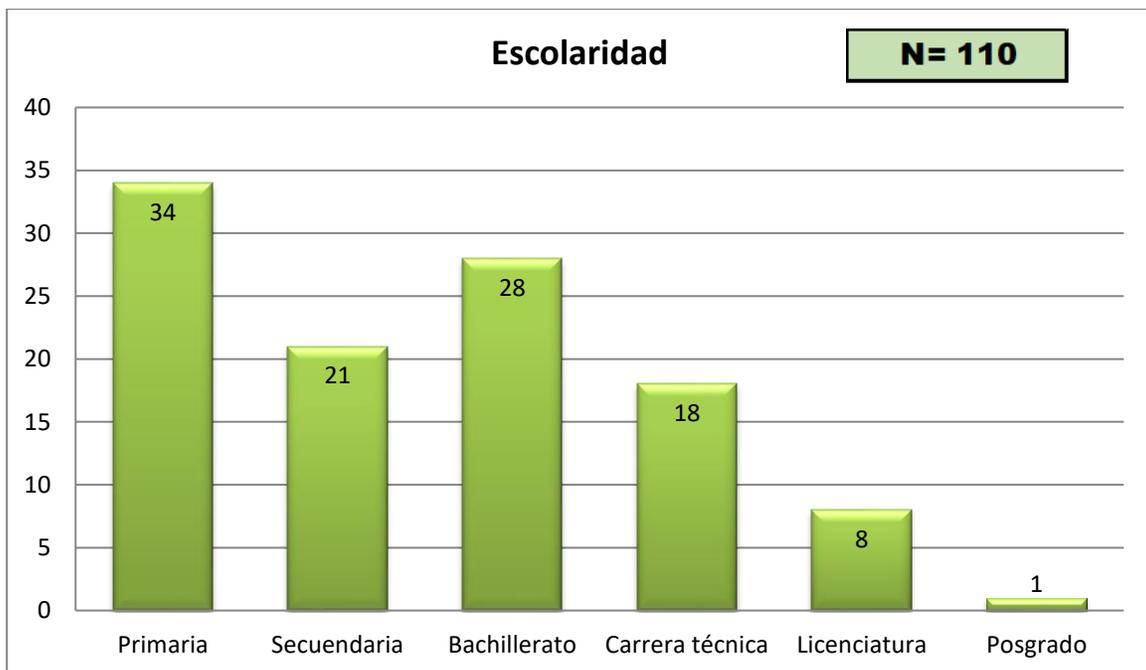
Gráfica 1. Predominio con un 28% del grupo de edad de los 56-60 años

Tabla 2.- Escolaridad de los pacientes.

Escolaridad	Total
Analfabeta	0
Primaria	34
Secundaria	21
Bachillerato	28
Carrera técnica	18
Licenciatura	8
Posgrado	1

Tabla 2. Escolaridad de los pacientes con un 34% siendo el más representativo nivel primaria.

Gráfica 2. Grado de estudio.



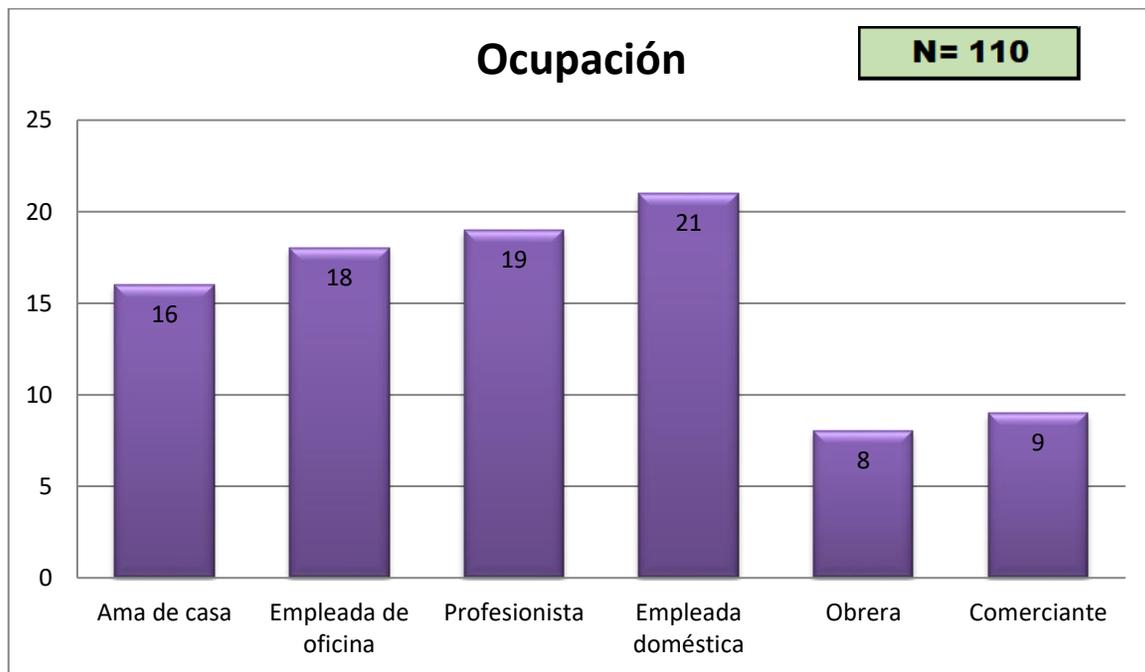
Gráfica 2. Predominio de la escolaridad: primaria con un 31%.

Tabla 3.- Ocupación de los pacientes.

Ocupación	Total
Ama de casa	16
Empleada de oficina	18
Profesionista	19
Empleada doméstica	21
Obrera	8
Comerciante	9
Otro	19

Tabla 3.- La ocupación de empleadas domésticas ocupan el primer lugar.

Gráfica 3.- Modo de empleo de los pacientes.



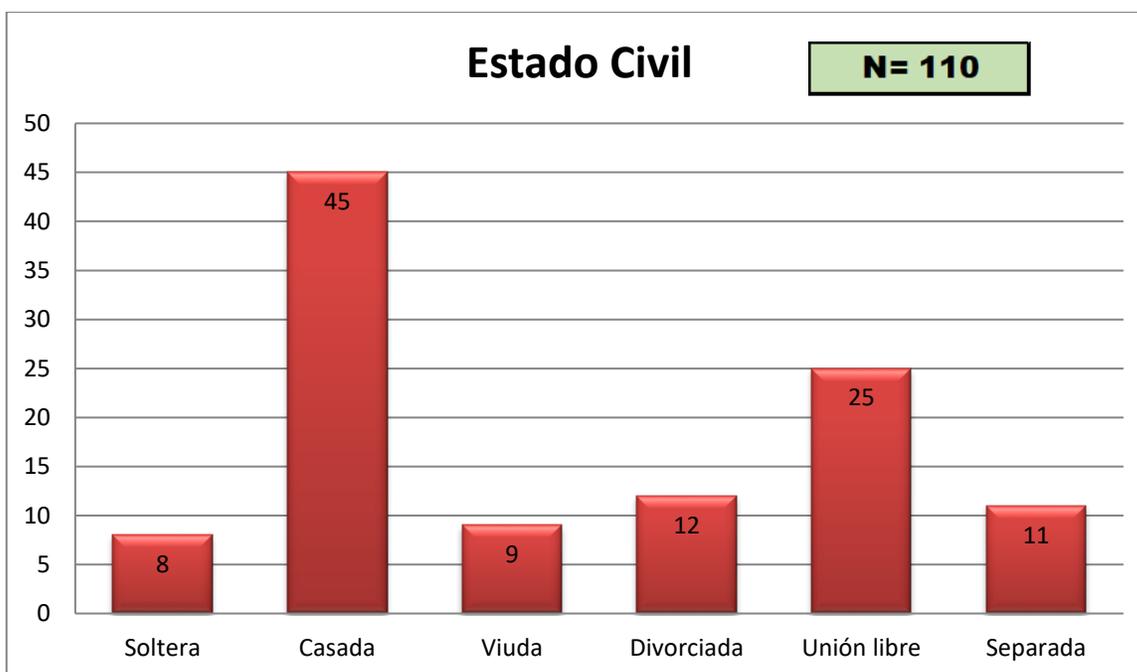
Gráfica 3.- La ocupación predominante con el 19% y el 17% son empleada doméstica y profesionista.

Tabla 4.- Estado Civil.

Estado civil	Total
Soltera	8
Casada	45
Viuda	9
Divorciada	12
Unión libre	25
Separada	11

Tabla 4.- Pacientes casados predominan con 45 pacientes del total de la muestra.

Gráfica 4.- Estado Civil de los pacientes encuestados.



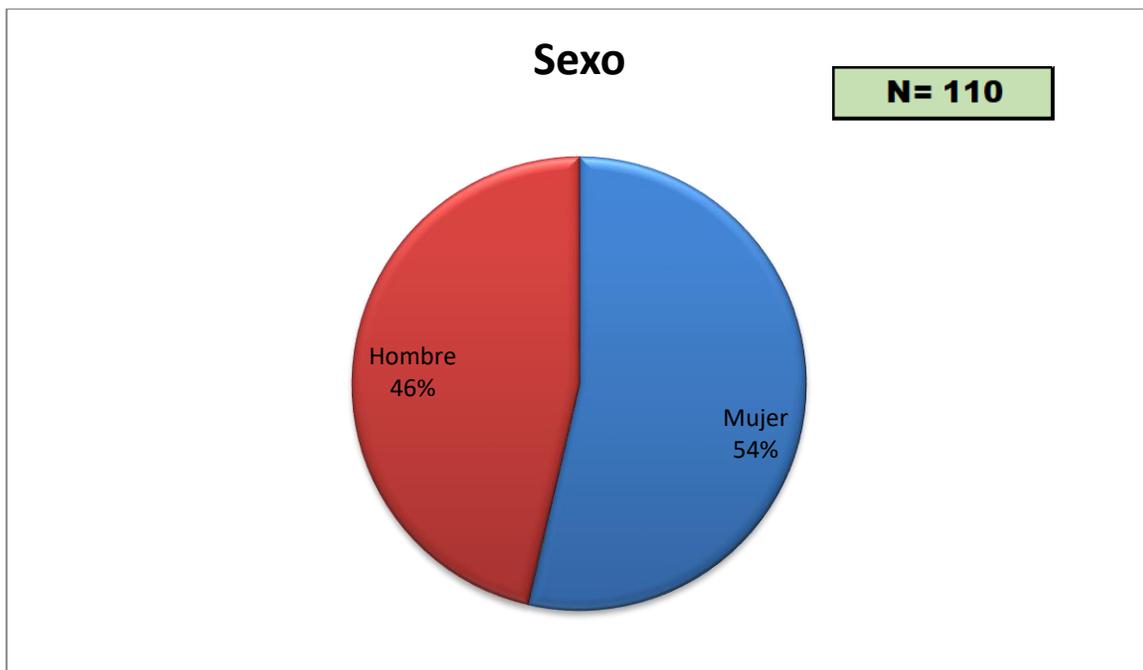
Gráfica 4.- El grupo de pacientes casados con un 41 % es el más significativo y nos representa un factor de riesgo para la no elaboración del duelo.

Tabla 5.- Sexo de los pacientes encuestados.

Sexo	Total
Mujer	59
Hombre	51

Tabla 5.- sexo de los pacientes encuestados.

Gráfica 5.- Sexo.



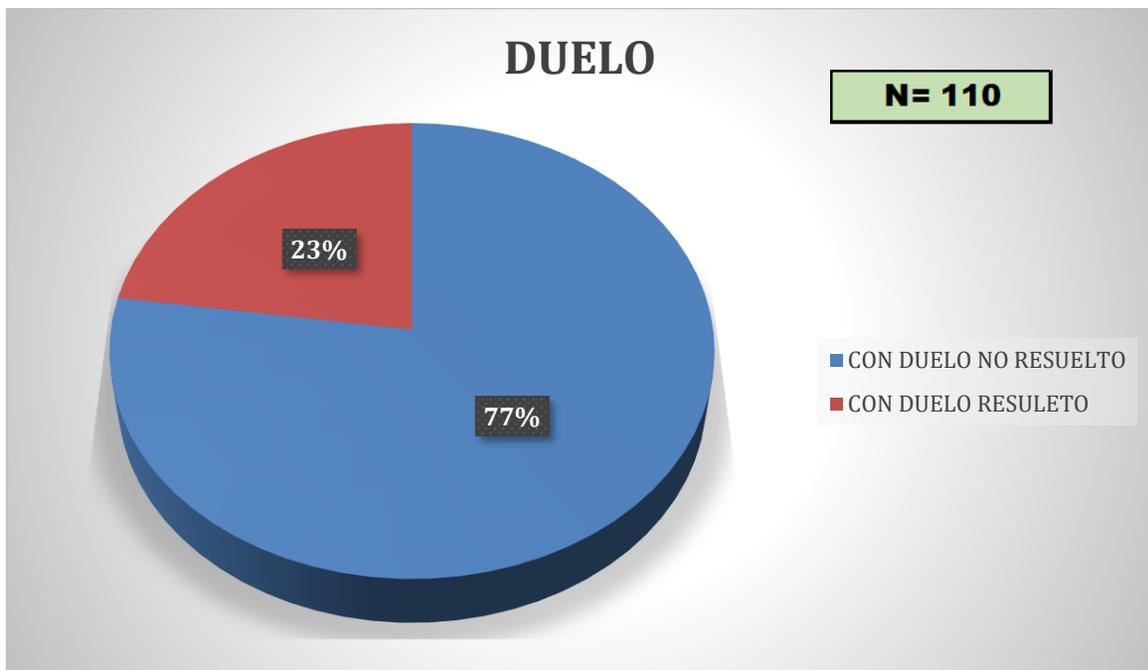
Gráfica 5.- No significativo entre hombres y mujeres.

Tabla 6.- Pacientes encontrados con duelo no resuelto y con duelo resuelto.

Pacientes	número
Con duelo no resuelto	85
Con duelo resuelto	25
total	110

Tabla 6.- Pacientes con duelo no resuelto es muy representativo con 85 del total.

Gráfica 6.- Duelo.



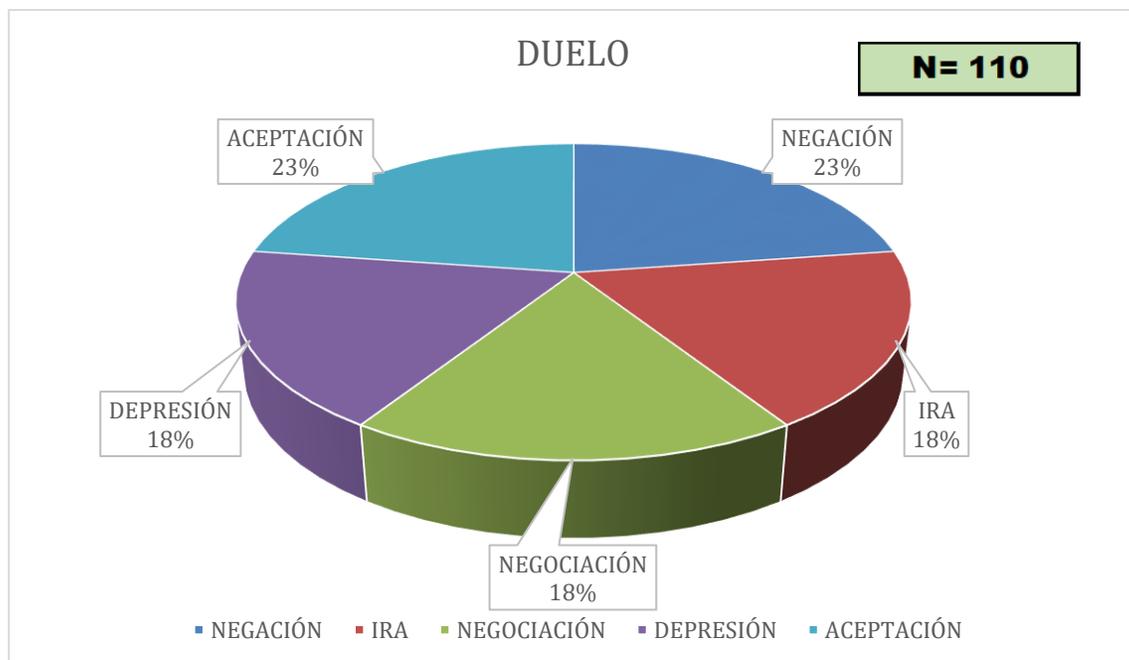
Gráfica 6.- Se consideró con duelo no resuelto a los pacientes que se encontraron en las primeras fases del duelo, negación, ira, negociación y depresión representando un 77% de la muestra, y para los pacientes con duelo resuelto a los que se encontraron en aceptación, 23% del total de pacientes.

Tabla 7.- Pacientes con duelo

Etapa de duelo	Pacientes
Negación	25
Ira	20
Negociación	20
Depresión	20
Aceptación	25
Total	110

Tabla 7.- Pacientes en las diferentes etapas del duelo.

Gráfica 7.- Duelo.



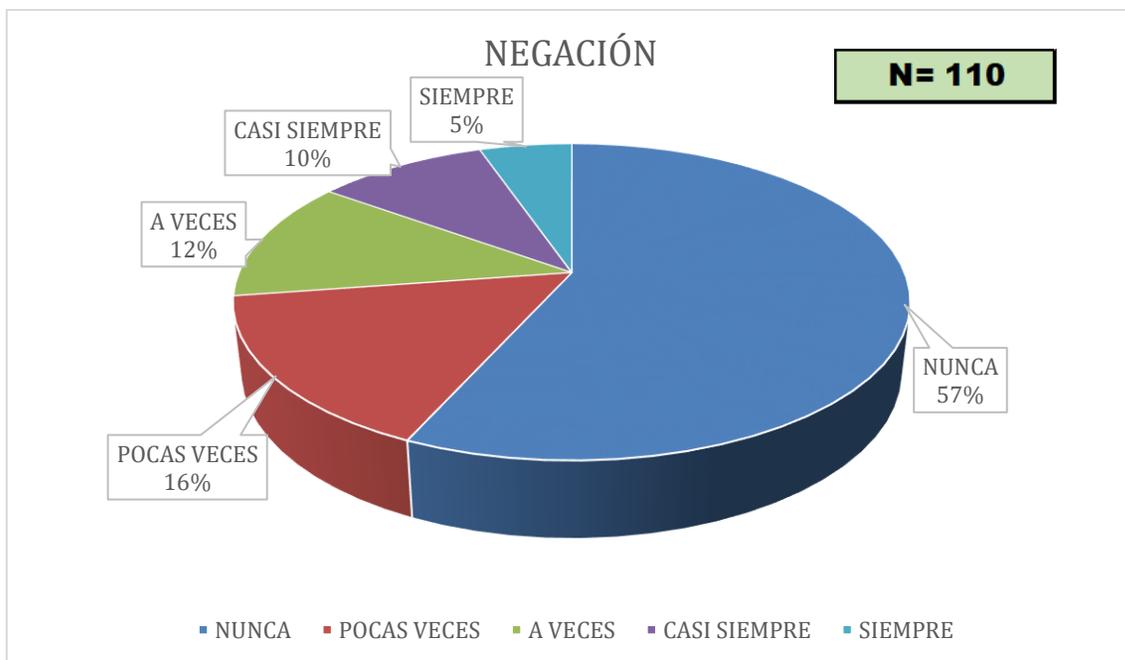
Gráfica 7.- Pacientes en las 5 etapas del duelo.

Tabla 8.- Pacientes encontrados ante la negación de la patología.

Negación	Pacientes
NUNCA	62.4
POCAS VECES	17.5
A VECES	13.6
CASI SIEMPRE	10.7
SIEMPRE	5.8
TOTAL	110

Tabla 8.- Pacientes que manifiestan negación por su padecimiento.

Gráfica 8.- Pacientes en negación.



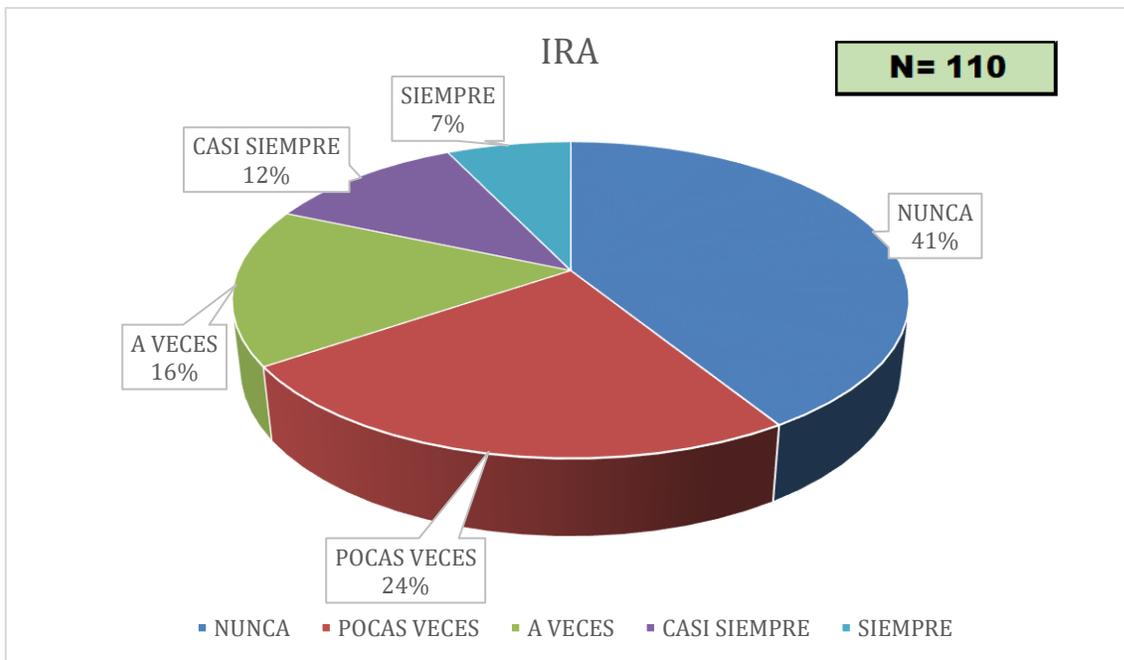
Gráfica 8.- En promedio 23% de la población se encuentra en negación.

Tabla 9.- Pacientes encontrados ante la ira de la patología.

Ira	Pacientes
NUNCA	45.3
POCAS VECES	26.7
A VECES	17.7
CASI SIEMPRE	12.5
SIEMPRE	7.8
TOTAL	110

Tabla 9.- Pacientes que sienten ira por su padecimiento.

Gráfica 9.- Pacientes con ira.



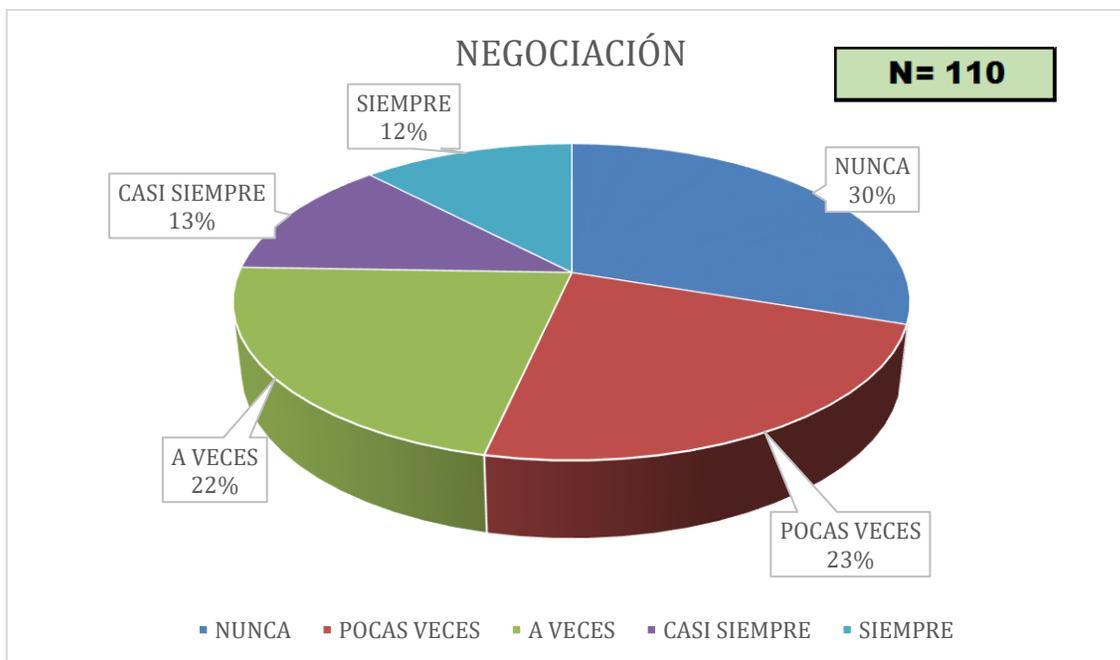
Gráfica 9.- El 18% en promedio de la población está en esta fase.

Tabla 10.- Pacientes encontrados con negociación de la patología.

Negociación	Pacientes
NUNCA	33.2
POCAS VECES	25.6
A VECES	24.3
CASI SIEMPRE	13.6
SIEMPRE	13.3
TOTAL	110

Tabla 10.- Pacientes que intentan realizar algún tipo de negociación, al no haber realizado el duelo sobre su enfermedad.

Gráfica 10.- Pacientes que intentan negociar sobre su enfermedad.



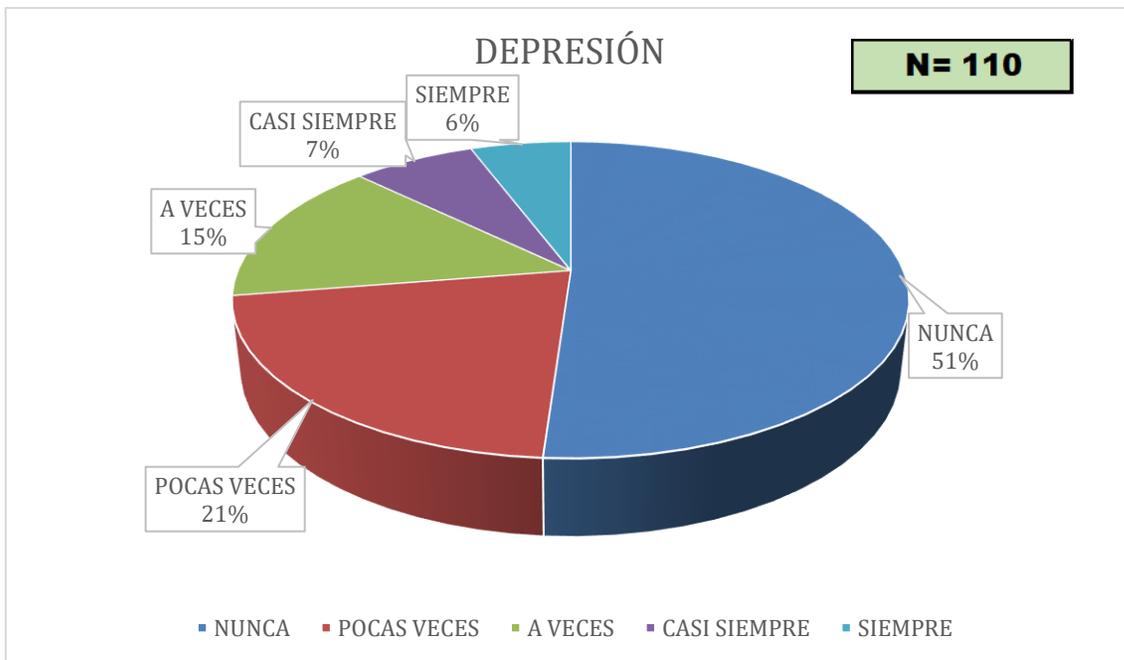
Gráfica 10.- El 18% de la población en promedio se encuentra en negociación de la patología.

Tabla 11.- Pacientes que manifiestan el sentimiento de depresión.

Depresión	Pacientes
NUNCA	56.2
POCAS VECES	23.5
A VECES	16.3
CASI SIEMPRE	7.7
SIEMPRE	6.3
TOTAL	110

Tabla 11.- Pacientes que mostraron depresión secundaria a la no aceptación de la enfermedad.

Gráfica 11.- Pacientes con depresión.



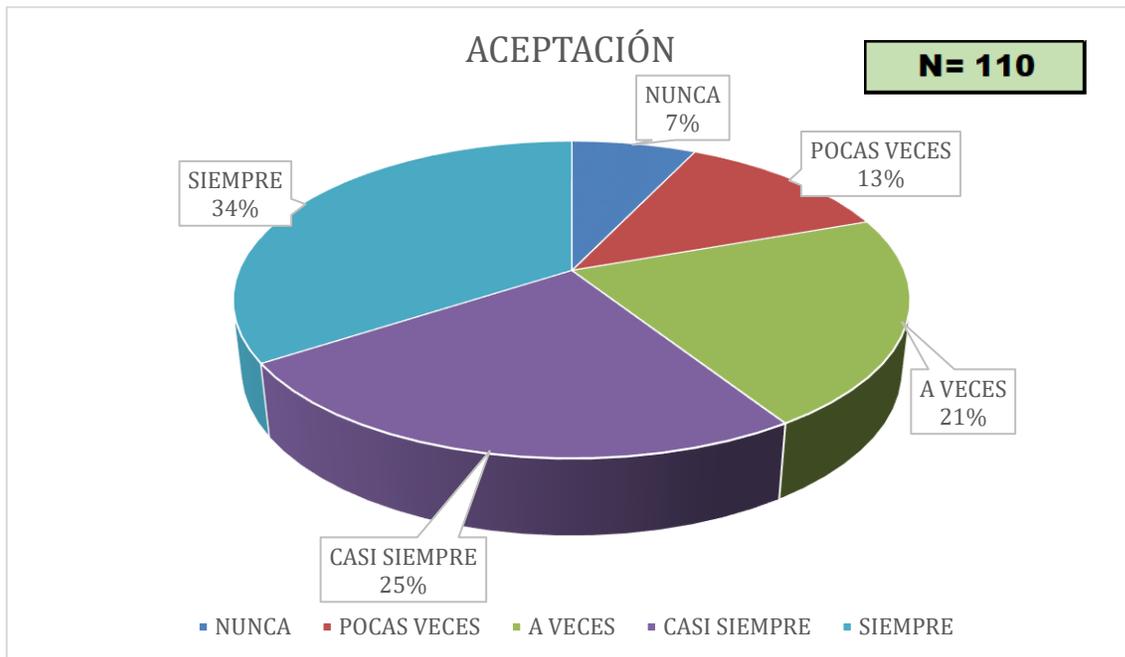
Gráfica 11.- El 18% de la población manifestó depresión por la patología.

Tabla 12.- Pacientes que manifiestan el grado de aceptación de la enfermedad.

Aceptación	Pacientes
NUNCA	7.8
POCAS VECES	13.7
A VECES	23.5
CASI SIEMPRE	27.4
SIEMPRE	37.6
TOTAL	110

Tabla 12.- Pacientes que mostraron el grado de aceptación de la enfermedad.

Gráfica 12.- Grado de aceptación de la patología.



Gráfica 12.- El 23% de la población se encuentra en la etapa de aceptación, que son los pacientes que resolvieron el duelo.

CHI CUADRADA

Prueba CHI Cuadrada

Pregunta de investigación: Existe duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del y UMF No. 1. Pachuca de Soto, Hidalgo.

1. **Variable principal:** Duelo no resultado
2. **Variable secundaria:** Frecuencia en la que sienten la depresión (pacientes que se encuentran en las fases del duelo)
3. **Hipótesis nula (HO):** La frecuencia del duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo es menor al 50%.
4. **Hipótesis alternativa (HA):** La frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo es mayor al 50%.

Fórmula de Chi cuadrada

$$X^2 (df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

- X²: Chi cuadrada.
- df: Grados de libertad.
- Σ: Suma de O y E.
- O: Eventos Observado.
- E: Eventos Esperados.

Cálculo de Chi cuadrada.

*FUENTE Apéndice A

Tabla 13- Evento observado.

Rango de respuesta	Negación	Ira	Negociación	Depresión	Aceptación	Total
A veces	3.1	3.2	4.4	2.9	5.4	19
Casi siempre	2.4	2.3	2.5	1.4	6.2	14.8
Siempre	1.3	1.4	2.4	1.2	8.5	14.8
TOTAL	6.8	6.9	9.3	5.5	20.1	48.6

Tabla 13. Tabla de pacientes con duelo no resuelto.

Tabla 14. Evento esperado

Rango de respuesta	Negación	Ira	Negociación	Depresión	Aceptación	Total
A veces	2.66	2.69	3.63	2.15	7.86	19
Casi siempre	2.07	2.1	2.83	1.67	6.12	14.8
Siempre	2.07	2.1	2.83	1.67	6.12	14.8
TOTAL	6.8	6.9	9.3	5.5	20.1	48.6

Tabla 14. Calculo de evento esperado en paciente con duelo no resuelto.

Tabla 15. Calculo de Chi cuadrada

Rango de respuesta	Negación	Ira	Negociación	Depresión	Aceptación	Total
A veces	0.07278	0.09669	0.16333	0.26162	0.76992	1.36434
Casi siempre	0.05261	0.01905	0.03848	0.04365	0.00105	0.15484
Siempre	0.28643	0.23333	0.06534	0.13228	0.92555	1.64293
TOTAL	0.41182	0.34907	0.26715	0.43755	1.69652	3.16211

Tabla 15. Sumatoria de (evento observado – evento esperado) al cuadrado, entre evento esperado.

Resultado de Chi cuadrada.

$$X^2 = 3.16211$$

Interpretación de Chi Cuadrada

Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población y lo consideramos suficiente para aceptar.

El valor de 0,05 es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza del 95% en la inferencia de una población total de 110 pacientes en el Programa.

XI. Discusión.

El objetivo de este estudio fue conocer la frecuencia de duelo no resuelto en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2; se ha establecido al duelo como un estado de adaptación emocional normal, ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación, de la salud, o de cualquier otra situación que el sujeto percibe como significativa. Se trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos y que se puede presentar en cualquier momento de su vida.

El duelo también se asocia con pérdida de bienes materiales, relaciones sentimentales, beneficios físicos y del estado de salud, principalmente en enfermedades crónicas como lo es la diabetes y un estado depresivo crónico. Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades, así como en el tiempo, la intensidad y valoración de los problemas.

Se utilizó la escala de la fase de duelo con la cual se trabajó el presente dando los siguientes resultados: Se trabajó con una muestra de 110 pacientes que se encuentran en el Módulo de DIABETIMSS del HGZ y UMF 1 de Pachuca, de Soto, Hidalgo. Un predominio de la quinta década de la vida representa el 53.2 % de los pacientes de la muestra, la edad avanzada y el sentimiento de soledad, abandono incrementa las posibilidades de padecer un duelo no resuelto, el 75 % de los pacientes son pacientes con un nivel académico deficiente lo cual se refleja también en la dificultad de desarrollar el duelo, el 49% de los pacientes son pacientes con condiciones socioeconómicas bajas, el 63% representa pacientes que tiene algún tipo de relación en pareja lo cual también aumenta la posibilidad, el 53 % son mujeres y como se muestra en el marco teórico son pacientes que se les dificulta realizar un duelo.

Este estudio permitió constatar que los 110 pacientes de la muestra, se encuentran cursando alguna fase del duelo, un total de 25 pacientes se encuentran en negación lo cual representa el 23% de la población y es la más representativa; el 18% de los pacientes sienten ira secundaria a su padecimiento; El 18% de pacientes se encuentran en negociación al no aceptar su patología; y el 18% de los pacientes cuentan con algún grado de depresión.

Solo el 23% de los pacientes de la muestra han superado las primeras cuatro etapas del duelo por lo tanto se encuentran en la etapa 5 que es la aceptación de la enfermedad, esto significa que han superado el duelo.

Al correr estos resultados en la prueba analítica de CHI CUADRADA con SPSS tenemos un valor de confianza del 0.0277564, lo cual nos acepta nuestra hipótesis nula.

XII. Conclusiones

A la pregunta de investigación: Existe duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del y UMF No. 1. Pachuca de Soto, Hidalgo.

El resultado del estudio clínico arroja que existe un duelo no resuelto en los pacientes de este estudio, esto es secundario a padecer la patología del estudio (Diabetes Mellitus Tipo 2). Los niveles de no aceptación son evidentes en los pacientes y se relacionan con los factores de riesgo mencionados.

La negación ante la enfermedad obtuvo un valor de 25 pacientes. El punto central está conformado por: no aceptar que estoy mal, cobardía, no cuidarme, no ir al doctor, ocultar la verdad a los demás, auto-engañarme, miedo, no obtener información sobre la enfermedad, egoísta, no aceptar la realidad, ser negativa/o, ignorar, impotencia, querer que nadie se entere por temor a que me tengan lastima, y sentirme mejor.

La ira ante la enfermedad obtuvo un valor de 20 pacientes. El punto central está conformado por: hacer corajes, enojo, llorar, impotencia al no comprenderla, usar malas palabras, no tener paciencia, desesperación, innecesaria, sentirse mal, falta de fe, tolerable, frustración, gritarles a todos, distanciarse de la familia y amigos, y los obstáculos que se encuentran.

La negociación ante la enfermedad tuvo un valor de 20 pacientes. El punto central está conformado por: prometerle cosas a Dios o un ser supremo, cuidarme más, estar dispuesta(o) a todo, ser mejor, aceptarlo, sentirme mejor, prometí ser una mejor persona, tener una actitud positiva, sano, salir adelante, ganar, chantaje, adquirir información de la enfermedad, y ver lo que me conviene.

La depresión ante la enfermedad obtuvo un valor de 20 pacientes. El punto central está conformado por: triste, llorar, sentirse sin apoyo, querer estar solo, desesperado, enfermarte más, querer morirse, no salir de la cama, no tener fe, tener pensamientos negativos, parte del proceso, no querer hacer nada, ser débil, preocuparme, y es mala.

La aceptación ante la enfermedad obtuvo un valor de 25 pacientes. El punto central está conformado por: ir al doctor a tratamientos, aceptarme a mí misma/o, primordial, una recuperación total, estar bien gracias a mi familia, aceptar todo el proceso, quererme a mí misma/o, paciencia, aceptar con resignación, aceptar que lo tengo, no importa qué grave es la enfermedad, tomar las cosas como son, tener fe, armarme de valor, y madurez.

Se observó que la etapa de duelo más frecuente fue la de negación y aceptación. La etapa de duelo menos frecuentemente encontrada fue la de ira, negociación y depresión.

Es importante como médicos familiares, realizar intervenciones oportunas (información, orientación) hacia el paciente para disminuir el estrés generado ante el diagnóstico de la patología, así como sensibilizarlo y acompañarlo durante todo el proceso del duelo hasta que comprenda sobre su patología. Además, tomar en cuenta el nivel educacional, así como la edad, pero sobre todo el comprobar que el paciente comprenda la importancia del cuidado que debe tener para con la enfermedad y sobre todo que sepan expresar en tiempo y forma cuando ellos comiencen a presentar algún tipo de factor de riesgo que nos haga notar que no existe una aceptación sobre la enfermedad.

Los resultados obtenidos muestran que el proceso de adaptación a la enfermedad es una cuestión de etapas. Cada paciente afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal única, que refleja el modelo de funcionamiento psicológico (pensamientos-emociones-conductas) que predomina en función del momento del proceso de la enfermedad en que se encuentre.

El abordaje de la diabetes, considerando el estado de duelo, permite identificar las diferentes etapas emocionales por las que transcurre el paciente desde su diagnóstico y que afectan el logro de las metas de tratamiento, y que se relacionan por el grado del cumplimiento con las indicaciones y prescripción médica.

XIII.RECOMENDACIONES

Una vez que se realice el diagnóstico y se ingrese al paciente en el programa de DIABETIMSS se debe comenzar con un entrenamiento y una terapia familiar para que el paciente sepa canalizar los niveles de estrés que experimentara durante el trascurso del duelo, de ser necesario y si lo amerita, referirlo al servicio de psicología para un manejo conjunto.

Es importante identificar las etapas del duelo en pacientes con diabetes como un elemento adicional en la evaluación de los mismos, y establecer estrategias que mejoren la adherencia al manejo médico y el control metabólico.

Explicar en qué consiste al paciente y la evolución de la patología para que esto haga conciencia en él, sobre lo que se enfrentara. Establecer estrategias para realizar alguna intervención para que todos los pacientes con factores de riesgo para presentar duelo no resultado, lo realicen lo antes posible lo cual ayudara a un mejor control de la patología.

Se debe identificar el duelo como un elemento adicional en la evaluación de pacientes con diabetes y establecer estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento y el control metabólico. Considerando que en principio el duelo es un proceso normal, la mayoría de los casos, no requieren de intervenciones específicas ni psicofármacos, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados, tanto internos como externos, para hacer frente a la situación.

Por este motivo, no todas las personas van a necesitar atención, y en el caso de que la necesitaran habría diferencias individuales, puesto que no se vive el proceso de duelo de la misma forma, ni se dispone de los mismos recursos para afrontarlo, a todo esto, cabe añadir que una buena comunicación verbal y no verbal puede mejorar la calidad de las relaciones médico - paciente.

XIV.Referencias bibliográficas

1. Hernández AM, Gutiérrez JP, Reynoso NN, Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. 2013. Salud pública Méx vol.55 suppl. 2.
2. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Diabetes 2012. Nota descriptiva No 312. (Acceso el 5 de febrero de 2014) Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: 2012. (Acceso el 7 de febrero de 2014) resultados nacionales. Disponible en:
Http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_Resultado Nacionales14nov.pdf.
4. Laguna PI, García MM, Calva ÁL, Del Castillo AA. Malestar emocional (distress) y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Mex Psicol, 2009; Número especial:663-665.
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2009. Diabetes Care. 2009;32(1): S13-S61.
6. Seguí M., Mediavilla JJ, Comas JM, Barquilla A. Carramiñana F. Prevención de la diabetes mellitus 2. Semergen. 2011; 37(9): 496-503.
7. Moreno L, Limón D. Panorama general y factores asociados a la diabetes. Rev Fac Med UNAM. 2009; 52(5):219-223.
8. García R, Suárez R, Agramonte A, Mendoza M. El proceso educativo en la etapa pre diabética. Rev Cub Endocrinol. 2011; 22(1): 18-25.
9. Villalpando S, De la Cruz V, Rojas R, Shamah T, Avila MA, Gaona B, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population:

a probabilistic survey. *Salud Pública Mex.* 2010; 52(1): S19-26.

10. Mortalidad general. SINAIS, México, 2008. Acceso el 20 de septiembre 2010. Disponible en: (<http://sinais.salud.gob.mx/>).

11. Arredondo A, De Icaza E. Financial requirements for the treatment of diabetes in Latin America: implications for the health system and for patients in Mexico. *Diabetología.* 2009; 52:1693-1695.

12. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus *Diabetes Care.* 2014; 37(1): s14-s80.

13. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus. DOF: 23/11/2010.

14. German M, Latorre S. La Hb A1c en el diagnóstico en el manejo de la diabetes. *Medicina y laboratorio.* 2010;16(5)211-241.

15. Angulo P, Félix A. Concentraciones de hemoglobina glucosilada A1c en diferentes tratamientos para la diabetes. *Rev. Esp Med Quir.* 2014; 19(1):17-22.

16. Zamudio JF. Diagnóstico de diabetes con hemoglobina glucosilada. *Rev. Eviden Invest Clin.* 2010; 3(1): 58-60.

17. Barquilla A, Mediavilla JJ, Comas JM, Seguí M, Carramiñana F, Zaballos FJ. Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de la Diabetes Mellitus. *Semergen.* 2010;36(7):386-391.

18. Escribano J, García L, Díaz M. Glucohemoglobina HbA1c. Primera Parte: Conocerla. *Semergen.* 2010;36(2): 82-86.

19. Lezana MA, Álvarez CH, Álvarez EM, Velázquez A, Ortiz G, Dávila GY, et.al. Hemoglobina glucosilada en 1,152 sujetos con diabetes, que participaron en la estrategia UNE Mes Recorridos por la Salud en México en 2009. *Med Int Mex.* 2009;26(4):337-345.
20. Álvarez JU, Sandoval FJ, Dávila A, Torres AB, González MO. Frecuencia de valores de Hemoglobina Glucosilada en pacientes diabéticos del hospital Lázaro Cárdenas del ISSSTE de la ciudad de Chihuahua. *Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Autónoma de Chihuahua. Synthesis:* 2008;1-2.
21. Ayala Y, Acosta M, Zapata L. Control Metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Soc. Perú Med Interna.* 2013;26 (2):68-70.
22. Anguita MC, Gómez A, Llobet M, Yoldi C. Educación terapéutica sobre diabetes en la infancia. *Rev. Esp Nutr Hum Diet.* 2009; 13:101-107.
23. Saaristo T, Moilanen L, Korpi E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, et al. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care.* 2010; 33(10): 2146-2151.
24. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol.* 2011;29(1): 5-11.
25. Rodríguez JR, López ME, Ortiz AR, Jiménez J, López LR, Chacon J. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Rev. Méd. Inst Mex del Seguro Soc.* 2015;53(5): 546-551.
26. Islas P, Moncho J, Guasch O, Torras A. Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito

por Kübler-Ross. *Endocrinol Nutr.* 2008;55(2), 78-83.

27. Kubler E. *On death and dying.* London; New York: Routledge, 1973, ©1969.

28. 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.

29. Islas P, Moncho J, Guasch O, Torras A. Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. *Endocrinol Nutr.* 2008;55(2), 78-83.

30. Janetski J. Living on the Edge of Diabetes: How to Integrate the Diabetes Prevention Program into a Community Setting. *Diabetes Spectrum.* 2009;22(3):179-182.

31. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol.* 2011;29(1): 5-11.

32. Beliver A, Gil B, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Rev Psicooncol* 2008; 5(1):103-116.

33. Zazo S. Duelo, duelo patológico, duelo complicado. *Psicoterapeutas* [internet], citado: 14 de octubre del 2017, Disponible:
<http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/susana/duelo.html>.

34. Encuesta Nacional de Salud. Programa de acción: diabetes mellitus. D.F: Secretaria de Salud; 2001: 11-22

35. Rodríguez JR, López ME, Ortiz AR, Jiménez J, López LR, Chacon J. Etapas del

duelo en diabetes y control metabólico. Rev Méd Inst Mex del Seguro Soc. 2015;53(5): 546-551.

36. Miaja M, Moral J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por kübler-ross mediante las redes semánticas naturales. Rev Psicooncol. 2013;10(1):109-130.

XV. Anexos

Escala de las Fases del Duelo (EFD-66)

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Folio. _____

Consultorio: ____ Turno: _____

Edad: _____

Escolaridad:

() Analfabeta () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Carrera técnica ()

Licenciatura () Postgrado.

Ocupación:

() Ama de casa () Empleada de oficina () Profesionista () Empleada doméstica ()

() Obrera () Comerciante. () Otro.

Estado civil:

() Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Unión libre () Separada.

Cifra de Glucosa en ayunas _____ y/o postprandial _____

2.- Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

F.E	Ítem	Frecuencia				
1N	1.-No creo que estoy enferma(a)	1	2	3	4	5
1I	2.- Hago coraje por todo	1	2	3	4	5
1P	3.- Realizo promesas o súplicas a un ser supremo con la intención de tener un presente más favorable	1	2	3	4	5
1D	4.-Me siento triste	1	2	3	4	5
1A	5.-Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida	1	2	3	4	5
2N	6.-Niego completamente que estoy enferma(o)	1	2	3	4	5
2I	7.-Cualquier cosita me enoja	1	2	3	4	5
2P	8.-Busco una alianza con un ser supremo para que me cure	1	2	3	4	5
2D	9.-Lloro más de lo que solía llorar	1	2	3	4	5
2A	10.-Aceptar la enfermedad me permite estar bien	1	2	3	4	5
3I	11.-Lloro de coraje	1	2	3	4	5
3P	12.-Negociar con un ser supremo me da fuerza	1	2	3	4	5
3D	13.-Siento que nadie me apoya	1	2	3	4	5
3A	14.-El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
4N	15.-No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo	1	2	3	4	5
4I	16.-Siento impotencia al no comprender la enfermedad	1	2	3	4	5
4P	17.-Prometo portarme mejor para mejorar mi salud	1	2	3	4	5
4D	18.-Me aíso de las demás personas	1	2	3	4	5
4A	19.-Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad	1	2	3	4	5
5N	20.-No voy al doctor, pues no estoy enfermo	1	2	3	4	5
5I	21.-Actuó de manera agresiva con las demás personas	1	2	3	4	5
5P	22.-Me siento mejor al realizar promesas suplicas aun ser supremo	1	2	3	4	5
5D	23.-Deseo estar muerta(o)	1	2	3	4	5
5A	24.-Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad	1	2	3	4	5
6N	25.-Les oculto la enfermedad a los demás	1	2	3	4	5
6I	26.-Me enoja con el ser supremo por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
6P	27.-Prometo ser mejor persona, si me recupero	1	2	3	4	5
6D	28.-Tengo ganas de estar todo el día acotada(o)	1	2	3	4	5
6A	29.-Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más	1	2	3	4	5
7N	30.-Me engaño al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
7I	31.-Me enoja con la vida por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
7P	32.-La fe me ayuda a pensar positivamente	1	2	3	4	5

7D	33.-Siento que no hay nada por lo que luchar	1	2	3	4	5
7A	34.-Acepto los hechos de tener la enfermedad	1	2	3	4	5
8N	35.-Tengo miedo de hacer frente a la situación	1	2	3	4	5
8I	36.-Me enoja conmigo mismo por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
8P	37.-Pienso que mi fe mejorará mi salud	1	2	3	4	5
8D	38.-Tengo pensamientos negativos	1	2	3	4	5
8A	39.-Acepto con resignación la enfermedad	1	2	3	4	5
9N	40.-Suelo ignorar que tengo la enfermedad	1	2	3	4	5
9I	41.-Siento mucho coraje por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
9P	42.-Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante	1	2	3	4	5
9D	43.-No tengo ganas de hacer nada	1	2	3	4	5
9A	44.-Tomar las cosas como son	1	2	3	4	5
10N	45.-Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla	1	2	3	4	5
10I	46.-Pienso porque a mí	1	2	3	4	5
10P	47.-Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
10D	48.-Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice	1	2	3	4	5
10A	49.-Siento que voy a superar la enfermedad	1	2	3	4	5
11N	50.-Me siento incapaz de aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
11I	51.-Siento que es injusto tener la enfermedad	1	2	3	4	5
11P	52.-Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación	1	2	3	4	5
11D	53.-Siento que se me acaba la fuerza	1	2	3	4	5
11A	54.-El apoyo de mis seres queridos me ayuda aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
12N	55.-Niego la enfermedad por miedo a que me tenga lastima	1	2	3	4	5
12I	56.-Me enoja el no poder hacer mi vida normal	1	2	3	4	5
12P	57.-Pienso que mi fe me ayudara a tener un mejor futuro	1	2	3	4	5
12D	58.-He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida	1	2	3	4	5
12A	59.-Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad	1	2	3	4	5
13N	60.-Me siento mejor al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
13A	61.-Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquilo	1	2	3	4	5
14N	62.-No quiero enterarme de lo que me sucede	1	2	3	4	5
14A	63.-Pienso que voy a salir pronto de esto	1	2	3	4	5
15N	64.-No puedo creer que tenga esta enfermedad	1	2	3	4	5
15A	65.-Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar	1	2	3	4	5
16N	66.-Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnostico	1	2	3	4	5

F.E: Factores Esperados N=Negación, I= Ira, P=Pacto, D=Depresión y A=Aceptación

Gracias por su participación
Escala de evaluación:

A mayor puntuación, mayor es la frecuencia en la que experimentan cada una de las fases del duelo ante la enfermedad.

Fase de negación 15 ítems (1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64

Fase de ira 12 ítems 2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56

Fase pacto o negociación 12 ítems 3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57

Fase de depresión 12 ítems 4, 9, 13, 18, 23, 28, 33,38, 43, 48, 53 y 58

Fase de aceptación de la enfermedad 15 ítems 5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65

El rango de respuesta es de cinco puntos (de 1 = nunca a 5 = siempre).

Fases de negación y aceptación de la enfermedad (30 ítems total) la puntuación variará de 15 a 75 puntos.

Fases de ira, pacto y depresión ante la enfermedad (con 36 ítems total) la puntuación variará de 12 a 60 puntos. ⁽³⁶⁾



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del HGZ y UMF No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca de Soto, Hidalgo, a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la frecuencia de duelo no resuelto ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del módulo de DiabetIMSS del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 1 Pachuca de Soto, Hidalgo.
Procedimientos:	Aplicación de la Escala de las Fases del Duelo (EFD-66), mediante entrevista, posteriormente se revisarán los expedientes para completar la cedula.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generar incomodidad o inquietud en el participante, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindará apoyo en caso de requerirlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Apoyar en la investigación y contar con un estudio que en un futuro podría ayudarnos a plantear estrategias de mejora en la atención del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada buscando la integración de la familia en su tratamiento
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de no aceptar, participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se recibe en la unidad médica y en Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	Se dara a conoer al participante el resultado del estudio, si lo amerita sera valorado por psiquiatria para su abordaje.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Yureni Uribe Vázquez. Teléfono: 7711465857. Matricula 99134573, HGZMF No. 1
Colaboradores: Dra. Gabriela García Laguna Teléfono: 7716991981. Matricula 11381183, HGZMF No. 1
Dra. Maritza Ferrera López. Teléfono: 7711898520. Matricula 99224459, HGZMF No. 1
Dr. Julián Ortiz González. Teléfono: 3312368063. Matricula 99138695, HGZMF No. 1

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013