



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**IDENTIFICACIÓN DE LA ETAPA DE DUELO ENCONTRADA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON MAL APEGO AL TRATAMIENTO Y
SU RELACIÓN CON SU CONTROL METABÓLICO EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO.**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
ZULLY DELY DIAZ ROMERO

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

CIUDAD DE MEXICO, OCTUBRE 2021



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.

**IDENTIFICACION DE LA ETAPA DE DUELO ENCONTRADA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON MAL APEGO AL TRATAMIENTO Y
SU RELACIÓN CON SU CONTROL METABÓLICO EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ZULLY DELY DÍAZ ROMERO

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS DAVID SANTIBÁÑEZ ESPINO
DIRECTOR DE LA C.M.F GUSTAVO
A. MADERO ISSSTE

DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA
C.M.F GUSTAVO A MADERO ISSSTE

DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA C.M.F GUSTAVO
A. MADERO ISSSTE

CIUDAD DE MEXICO, 2021

**IDENTIFICACION DE LA ETAPA DE DUELO ENCONTRADA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON MAL APEGO AL TRATAMIENTO Y
SU RELACIÓN CON SU CONTROL METABÓLICO EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ZULLY DELY DIAZ ROMERO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
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
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CIUDAD DE MEXICO, 2021

Índice General

Marco Teórico	5
Diabetes mellitus tipo 2	5
Control metabólico	7
Adherencia terapéutica	11
Duelo y sus etapas.....	15
Planteamiento del problema.....	20
Justificación.....	21
Objetivos	24
Objetivo general	24
Objetivos específicos	24
Hipótesis.....	25
Metodología.....	26
Tipo de estudio.....	26
Población, lugar y tiempo de estudio.....	26
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	26
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	27
Variables a recolectar.....	29
Método o procedimiento para captar la información.....	30
Recursos humanos	31
Recursos físicos	31
Materiales.....	31
Comité de ética	31
Resultados	33
Prueba piloto	33
Características sociodemográficas de la población.....	34
Parámetros de control	36
Adherencia terapéutica	37
Etapas de duelo	38
Cruce de variables	40
Discusión.....	44
Conclusiones.....	49
Referencias bibliográficas	51
Bibliografía	55
Anexos	55
Anexo 1.....	55
Anexo 2	56
Anexo 3.....	60

Marco Teórico

Diabetes mellitus tipo 2

La primera referencia del hallazgo de diabetes, se debe al arqueólogo y novelista alemán George Ebers, en el año de 1873, compró a un comerciante de Tebas un papiro escrito en el año 1553 A.C, en el que se documentaban conocimientos médicos del antiguo Egipto, un sacerdote hablaba de enfermos que adelgazaban, tenían hambre, sed y orinaban mucho, y aconsejaba medicamente cuatro días de cerveza, trigo, hojas de menta y sangre de hipopótamo, como sacerdote recomendaba ofrendas y sacrificios a los dioses. En los libros chinos se hacen descripciones del tratamiento parecidas al papiro egipcio; en la antigua literatura veda se describe la orina pegajosa con sabor a miel y que atrae hormigas. El termino diabetes es atribuido por algunos a Demetrius de Apamaia y otros a Apolonio de Menfis. En su etimología (del griego dia= a través, beinen= pasar) se refiere al de un estado de debilidad, sed y poliuria. Pablo de Aegina refinó el diagnóstico y asoció la enfermedad a un estado de debilidad de los riñones, por exceso de la micción que conducía a la deshidratación, prescribió un tratamiento con endibias, lechugas y trébol en vino tinto con decocciones de dátiles y mirto, para beber en las primeras etapas de la enfermedad, para posteriormente dar una cataplasma a base de vinagre y aceite de rosas sobre los riñones. Galeno utilizo términos como diarrea urinosa y dyspacus donde enfatizó la extrema sed que se asoció a la enfermedad. Arateus de Capadocia (81-131 D.C) utilizó el termino de diabetes para describir: misteriosa y rara enfermedad, en las que las carnes se funden por la orina, los pacientes no paraban de beber, su vida es corta y dolorosa, padecen náuseas, sed ardiente y no tardan mucho en expirar; prescribió una dieta restringida con vino diluido y en los estados terminales opio y mandrágora. En la medicina oriental Susruta describió la diabetes y diferenció la que se presentaba en los jóvenes y que conducía a la muerte, otra en pacientes mayores y obesas. La glucosa en sangre fue determinada en 1889 por Claude Bernard, señaló que la hiperglucemia era el signo fundamental de esta enfermedad, posteriormente Langerhans describió los islotes en el páncreas. En 1921 en la ciudad de Toronto Canadá el medico ortopedista Frederick Banting y el

estudiante de medicina Charles Best al trabajar en los laboratorios del Dr. JJR Macleod, descubrieron que al utilizar un extracto llamado isletina en perros pancreatectomizados se producía una disminución de la glucosa circulante, posteriormente fue bautizado como insulina. (Asociación Mexicana de Tanatología, 2020).

Fundamentalmente la diabetes es hiperglucemia, un exceso de glucosa la cual se acumula en el torrente sanguíneo y que puede desencadenarse por defectos al no producir insulina o la cantidad suficiente de esta hormona, o al no poder utilizarse de manera eficaz la insulina que se produce. La insulina es una hormona producida en el páncreas y su función es permitir que la glucosa del torrente sanguíneo ingrese a las células del cuerpo y se transforme en energía, la falta de insulina o la incapacidad de las células para responder a ella resulta en altos niveles de glucosa en sangre. La diabetes se considera un síndrome, ya que se trata de un grupo de alteraciones metabólicas que llevan a que se presente o en su defecto si ya está presente, se mantenga la hiperglucemia.

El término de Diabetes según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes la define como “la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasa”. (SALUD, 1999). Otra definición de diabetes es la que da la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), en la que se describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (Diabetes A. L., 2019). La American Diabetes Association (ADA) le define como diabetes no insulino dependiente o diabetes de comienzo en la edad adulta,

y se presenta en individuos con deficiencia relativa de insulina (en lugar de absoluta) y resistencia a la insulina periférica. Tanto ALAD como ADA coinciden en sus criterios diagnósticos los cuales son: síntomas clásicos de hiperglucemia: poliuría, polidipsia, aumento del apetito y pérdida inexplicable de peso; glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l); glucemia en ayuno medida en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l); glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG); una hemoglobina glucosilada (A1c) mayor o igual a 6.5% empleando una metodología estandarizada y trazable al estándar NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program). Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el número de pacientes que viven con diabetes se incrementó alrededor del 40% desde el año de 1980 al 2014; el objetivo de la atención de la diabetes es controlar la glucemia y retardar la aparición de complicaciones médicas pues reportes indican que en el año 2010 la retinopatía diabética causo el 1.9% de alteraciones visuales moderadas y graves a nivel mundial y el 2.6% de casos de ceguera, la insuficiencia renal terminal atribuida a la diabetes es del 12% al 55% a nivel mundial, la presencia de úlceras crónicas infectadas en los pies secundarias a diabetes aumenta el riesgo de amputación de miembros inferiores. (Salud O. M., 2016).

Control metabólico

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), la American Diabetes Association (ADA) 2019, la Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención 2018 y la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, así como la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) describen las metas del tratamiento para el paciente que vive con diabetes:

METAS DEL TRATAMIENTO			
	NOM/ GPC	ESC	ADA/IDF
Glucemia en ayuno (mg/dl)	70-130		80-130
Glucemia posprandial de 2 horas	<140		180
HbA1c (%)	<7	<7	<7
Colesterol total (mg/dl)	<200		<200
Trigliceridos	<150		<
Colesterol LDL (mg/dl)	<100	<70	<100
Colesterol HDL (mg/dl)	>40 hombres >50 mujeres		> 40
Microalbuminuria (mg/día)	<30		
Presion arterial (mm Hg)	<130/80	<130	
Circunferencia abdominal hombres	<90		<94
Circunferencia abdominal mujeres	<80		<90
IMC	<24.9		<25

De acuerdo con las propuestas más actuales de la Federacion Internacional de la Diabetes y Asociacion Americana de Diabetes, los siguientes son los parámetros adecuados para un buen control metabólico del paciente: hemoglobina glucosilada

A1c menor a 7.0%, glucosa plasmática capilar preprandial 80-130 mg/dl (4.4 – 7.2 mmol/l), glucosa plasmática posprandial máxima en sangre capilar menor a 180 mg/dl (10.0 mmol/l), índice de masa corporal (IMC) menor a 25, perímetro de cintura para hombres y mujeres menor a 94 cm (centímetros) y 90 cm respectivamente, se debe alcanzar una meta entre 130 mmHg (milímetros de mercurio) y 140 mmHg para la presión arterial sistólica (PAS), y menor o igual a 80 mmHg para la presión arterial diastólica (PAD), nivel de colesterol LDL < 100 mg/d, nivel de triglicéridos < 150 mg/dl y un nivel de colesterol HDL > 40 mg/dl, colesterol total < 200 mg/dl. (Diabetes A. L., 2019).

Cuando se diagnostica y se inicia un plan de tratamiento médico y no médico para el paciente que vive con diabetes se busca que se adhiera a la terapéutica con el fin de presentar un control sobre la enfermedad a corto y largo plazo y sus posteriores complicaciones.

Es importante describir los parámetros que se solicitan por las diferentes asociaciones, pues tienen un objetivo y al unirlos el impacto que producen en la salud del paciente es sumamente importante.

Glucosa plasmática en ayuno en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 y que no requieren el uso de insulina recomiendan automonitoreo cuando de inicia o se ajusta la medicación y cuando se pueden presentar situaciones que puedan alterar el control glucémico, también para entender que factores oscilan las cifras de glucemia, en pacientes usuarios de insulina, el automonitoreo es esencial durante el tratamiento, pues permite evaluar la respuesta al tratamiento y conocer si se ha logrado alcanza las metas de control glucémico, además permite mejorar las cifras de hemoglobina glucosilada, tratar episodios de hipoglucemia y ajustar plan de nutrición así como actividad física. (Diabetes F. I., 2019)

Hemoglobina glucosilada refleja el promedio de glucemia en un tiempo aproximado de 3 meses, se considera una de las herramientas principales para evaluar el control de la glucemia, la medición periódica determina si se han logrado o se mantienen los objetivos glucémicos, no permite medir las variaciones de la glucemia, alcanzar objetivos de hemoglobina glucosilada < a 7% disminuye complicaciones microvasculares. (Association, 2019).

Colesterol total su reducción reduce la mortalidad y la aparición de eventos coronarios. Colesterol LDL se recomienda en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sin enfermedad cardiovascular <100mg/dl, para casos en prevención secundaria <70 mg/dl y en casos con muy alto riesgo <55 mg/dl. Triglicéridos el nivel deseado es <150 mg/dl y un nivel de HDL <40mg/8dl.

Microalbuminuria se mide anualmente para identificar y clasificar la nefropatía diabética por medio de una recolección de orina de 24 horas, en los pacientes con diabetes tipo 2 se evalúa la función renal desde que se diagnostica por medio de la creatinina sérica y el cálculo de la tasa de filtración glomerular usando la fórmula del estudio MDRD (Modified Diet for Renal Disease). Hipertensión arterial sistémica es uno de los factores de riesgo para EVCA (enfermedad vascular cerebral aguda) y complicaciones microvasculares. Índice de masa corporal se calcula “dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado y se reporta en kg/m^2 ”, la clasificación del IMC es 18 a 24 se considera normal, 25 a 29 sobrepeso, 30 a 34.9 obesidad grado I, 35 a 39.9 obesidad grado II, >40 obesidad grado III, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 deben tener un peso correspondiente con un índice de masa corporal entre 18.5 y 25 kg/m^2 , entre más elevado sea el IMC aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por todas las causas. Perímetro de cintura se realiza este procedimiento “con el sujeto en posición de pie, colocando la cinta métrica alrededor de la cintura en posición paralela al piso y pasando por el punto medio

entre el reborde costal y la cresta ilíaca anterosuperior de ambos lados. La medida se debe tomar dos veces mientras el sujeto se encuentra al final de la espiración normal”, todo paciente con IMC mayor a 30kg/m² tienen obesidad abdominal y por consiguiente tienen exceso de grasa visceral. (Diabetes F. I., 2019).

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la “adherencia terapéutica” como el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, sigue el régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria. La adherencia comprende propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento, asistir a citas de seguimiento, usar correctamente la medicación prescrita, hacer cambios en el estilo de vida, evitar conductas contraindicadas. (Juan, 2018). Dentro de los requerimientos para el control metabólico del paciente que vive con diabetes la American Diabetes Association (ADA) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) realizó varias recomendaciones al personal médico en contacto con los pacientes, en donde la educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes (EAACD) es fundamental en los pacientes, pues al contar con los conocimientos, las aptitudes y las capacidades necesarias para el autocuidado de la diabetes, se mejora el apego al tratamiento médico y no médico, se recomiendan un programa de tratamiento médico dietético a cargo de personal capacitado; adecuado control de la glucemia, control de porciones y consumo de alimentos saludables; la pérdida de peso del 5 al 10%; en la alimentación no existe una única distribución dietética ideal de calorías entre carbohidratos, grasas y proteínas, es por ello que la distribución de macronutrientes debe ser personalizada; la distribución del origen de las calorías debe ser: 40 a 60% de carbohidratos, 30-45% de grasas y 15-30% proteínas. La ingesta de carbohidratos se prefiere a partir de verduras, frutas, legumbres, cereales enteros y productos lácteos, haciendo énfasis en los alimentos ricos en fibra, en los pacientes que reciben insulina recomiendan el recuento de carbohidratos, estimación de gramos

de grasas y proteínas para determinar dosis de insulina en las comidas y en caso de pacientes que utilizan dosis fijas de insulinas se recomienda un patrón uniforme de consumo de carbohidratos con respecto al tiempo y cantidad para el mejor control de la glucemia y reducir el riesgo de hipoglucemia; recomiendan una dieta estilo mediterráneo, rica en grasas monoinsaturadas que deben representar del 12 al 20% del total de calorías diarias, los ácidos grasos saturados deben representar menos del 7% de las calorías diarias y ácidos grasos poliinsaturados deben representar las calorías restantes para completar un valor cercano al 30% del total de calorías diarias para mejorar el metabolismo de la glucosa y disminuir el riesgo de ECV. La ingesta diaria de proteínas puede alcanzar 30% del total de calorías diarias, y no debe ser menor a 1g de proteína por kg de peso por día; los edulcorantes no calóricos (sacarina, sucralosa, estevia, acesulfame K, aspartame, neotame) se pueden emplear sin superar la ingesta diaria aceptable para cada uno, la ingesta diaria de fructosa no debe superar los 60 g, limitar el consumo de sal a menos de 4 g al día, el consumo de alcohol no está recomendado y si se consume se podrá permitir hasta un trago por día en mujeres y hasta dos tragos por día en hombres (1 trago equivale a 12 oz de cerveza, 4 oz de vino 1 ½ oz de destilados; 1 oz=30 ml). El ejercicio físico al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (70% de la FC máxima), al menos cinco días a la semana además de realización simultánea de ejercicios de resistencia, si tenemos un pacientes con DM 2 de alto riesgo cardiovascular y previamente sedentarios, que van a iniciar una actividad física moderada, se recomienda la realización de pruebas provocadoras de isquemia, previo al inicio de ejercicio: es de suma importancia evaluar condiciones como neuropatía autonómica o neuropatía periférica severa, presencia de retinopatía y otras situaciones que pueden contraindicar cierto tipo de ejercicios. La atención psicosocial debe integrarse con un enfoque en equipo, centrado en el paciente y debe brindarse a todas las personas con diabetes con el fin de optimizar los parámetros de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, las pruebas para determinar el estado psicosocial y el seguimiento deben incluir entre otros temas las actitudes frente a la diabetes, las expectativas sobre el tratamiento

médico y sus resultados, la percepción o el humor, la calidad de vida en general y la relacionada con la diabetes, los recursos disponibles y los antecedentes psiquiátricos, además los profesionales deben considerar la evaluación de síntomas de angustia, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y alteraciones cognitivas utilizando instrumentos estandarizados y convalidados apropiados para cada paciente en la consulta inicial, a intervalos periódicos y ante un cambio en la enfermedad, el tratamiento o las circunstancias de vida. Se recomienda incluir a los familiares y a los cuidadores del paciente en esta evaluación. Si se tiene una adherencia terapéutica deficiente, se avanza hacia el descontrol metabólico y esto es una causa importante en el desarrollo de complicaciones.

Las cifras manejadas actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacen hincapié de la magnitud e impacto que se tienen sobre Diabetes mellitus tipo 2 a nivel mundial, continental y nacional, actualmente se manejan en los programas de salud en México diferentes estrategias para reducir el número de pacientes con riesgos de desarrollar enfermedades crónicas-degenerativas entre ellas la Diabetes Mellitus, fomentando estilos de vida saludables, fomentando la responsabilidad del autocuidado, evaluando la salud mental, evaluando la salud bucal, educando en nutrición y recomendando planes alimenticios simples así como educar sobre actividad física y el abandono del tabaquismo. (Salud S. d., N/A) pero ha resultado complejo lograr desarrollar estas estrategias de salud, ya que la actualidad el sistema de salud mexicano se encuentra saturado, provocando que se deje de lado inquietudes que engloban el ambiente biopsicosocial de los pacientes usuarios, así como la pérdida del interés por parte de personal médico a quien se le exigen cumplimiento de metas, limitando sus consultas a 20 minutos por paciente y dando escasa oportunidad de lograr comunicación médico-paciente. En algunos centros de atención a la salud primaria se cuenta con el equipo integral para la atención de pacientes con enfermedades crónicas-degenerativas, pero en la actualidad no se ha logrado tener en enlace y comunicación para lograr el apoyo para el paciente, ya que las cifras reportadas

de complicaciones son cada vez más elevadas, esto según reportes de la Organización Mundial de Salud (OMS) y en el país los reportes la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. En los centros de atención primaria a la salud no se cuentan con el equipo interdisciplinario y en algunos sitios sólo cuenta con un miembro que casi siempre es el médico o enfermera, esto impide llevar a cabo una atención integrada, y si agregamos que las instituciones de salud del país están divididas tanto jurídicamente como institucionalmente, lo que genera una serie de inequidad, ineficiencia y rezagos en el acceso a los servicios de salud, además esta fragmentación ocasiona: “dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, incremento innecesario de los costos de producción y baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos”, sumando que nuestro país atraviesa por una transformación epidemiológica, aumentando la prevalencia y defunciones debidas a enfermedades crónicas no transmisibles, generando múltiples gastos en el sector salud. (Daniel, 2017) y hasta ahora no se ha conseguido una estrategia para disminuir este impacto a la salud de los mexicanos, donde uno de los padecimiento más importantes es Diabetes Mellitus tipo 2, siendo un padecimiento crónico que al recibir el diagnóstico por primera vez resulta sorprendente e impresionante y puede afectar emocionalmente al paciente, generando culpa y aumento del miedo cuando se habla de las implicaciones de dicho diagnóstico, lo que impide asimilar de forma clara el tratamiento, este proceso influye permanentemente en la vida cotidiana del paciente que ahora vive con diabetes, pues se va a caracterizar de visitas frecuentes al médico, hospitalizaciones ocasionales y donde los hábitos diarios se afectan, además de necesitarse esfuerzos para poder enfrentar los nuevos cuidados de los que depende la salud, esto resulta difícil y estresante pues es una gran responsabilidad. Cuando el paciente convive por primera vez con la enfermedad dentro de su hogar experimenta una serie de emociones como el temor de no hacer las cosas bien, saber que decisiones tomar y si estas repercutirán en su bienestar. (M. Ochoa, 2016). El estrés emocional derivado de vivir con diabetes, puede afectar de

manera negativa a la adherencia del tratamiento médico y afectar la calidad de vida. (Beléndez Vázquez Marina, 2015). Según el estudio Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN; Actitudes, deseos y necesidades de la diabetes) manifiesta que los problemas emocionales a menudo no son reconocidos por el personal médico, pues el médico comunica el diagnóstico y explica lo que conlleva la enfermedad, pero no realiza ninguna intervención en el proceso de duelo iniciado en el paciente al recibir la noticia de que vivirá con diabetes. (Coronado-Cordero IA, 2014).

Duelo y sus etapas

“La palabra «duelo» proviene del término latino *dolus*, que significa dolor”. (Mínguez Platero José, 2015). La palabra duelo es un término cultural y científico, el cual se refiere al conjunto de procesos psicobiológicos, psicosociales los cuales aparecen a la pérdida afectiva. El término duelo no sólo se presenta con la pérdida de un ser querido, también se presenta ante un fracaso personal, separaciones de pareja, de familia, pérdida de un lugar de trabajo o incluso perder el interés por el trabajo, pérdida de ideología, pérdida de un órgano, pérdida de una función, pérdida de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo del ser humano. (Tizón, 2016). El duelo es un proceso único e irrepetible, cambia de persona a persona y también por la cultura y sociedades, este proceso también se relaciona con la pérdida de la salud. En el modelo de etapas de duelo descritos por la Dra Elisabeth Kubler-Ross, presentado en el libro *On death and dying* se mencionan cinco etapas: negación, ira/incrédulidad, negociación, depresión y aceptación, estas etapas no suceden en el orden descrito, ni son todas experimentadas por los pacientes. (José Raymundo Rodríguez-Moctezuma, 2015). El duelo no es una patología, pero es un suceso vital estresante de primer impacto. La mayoría de las personas se sobreponen a la pérdida y enfrentan el duelo en uno o dos años. (Domingo, 2016) pero puede existir alguna particularidad y hacer que el proceso sea difícil y que ocasionalmente pueda complicarse. El duelo es un proceso adaptativo normal frente a la pérdida y

existen manifestaciones que a continuación se mencionan: “sentimientos como anestesia emocional, embotamiento, tristeza, desesperanza, sentimientos de abandono, confusión, ansiedad, culpa, impotencia; sensaciones como opresión precordial, sequedad de boca, molestias digestivas, disminución del umbral sensorial, debilidad y fatiga, alteraciones del sueño; cognitivamente: confusión, falta de concentración, olvidos frecuentes, pensamientos obsesivos; además de alteraciones perceptivas como ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas (generalmente transitorias y seguidas de crítica), fenómenos de presencia; conductas como cambios en el peso y apetito, abandono en el autocuidado, apartarse de amigos y actividades, búsqueda de soledad, visita de lugares”. La mayoría de las personas se recuperan de la pérdida y enfrentan de forma efectiva el duelo, pero cuando existen circunstancias que hacen que este proceso sea complicado, por ejemplo algunas características y naturaleza de la pérdida como una muerte repentina o inesperada, enfermedad excesivamente corta o prolongada y doliente en mediana edad; algunas características del doliente como historias de pérdidas previas, factores estresantes recurrentes, enfermedad física o mental, incapacidad o limitación en el uso de estrategias de afrontamiento; en las relaciones interpersonales poca disponibilidad de apoyo, mala comunicación e incapacidad para resolver conflictos se puede prolongar el proceso y ser un duelo patológico. (Mínguez Platero José, 2015). Existen múltiples clasificaciones de las etapas del duelo, a continuación, se mencionan las etapas de la Dra. Elizabeth Kübler Ross: etapa de negación: la mayoría de los pacientes responden con impacto cuando reciben la noticia de la pérdida de la salud, tiene una función protectora, es una defensa provisional y es especialmente fuerte cuando se informa del padecimiento con poca sensibilidad o empatía, una gran mayoría de pacientes reacciona en un estado de conmoción el cual es temporal y se recuperará temporalmente, algunas preguntas que surgen: ¿es cierto? ¿es posible que haya podido suceder? ¿Por qué?. Etapa de ira: el paciente logra comprender que es a él a quien se diagnosticó y a nadie más, se llena de sentimientos de envidia, amargura, y se pregunta ¿Por qué yo? La familia debe afrontar esta etapa y a la ira recibida. Etapa de negociación: el pacto es un intento de posponer los

hechos, se realiza un pacto en silencio generalmente con Dios y se guarda en secreto, se pide un premio a la “buena conducta” y se fija un plazo de “vencimiento” impuesto por el mismo y con la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. Etapa de depresión: el paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad, tiene sensaciones de vacío, tristeza al ver que el cambio se hace evidente y no se puede seguir negando la pérdida de la salud. Las relaciones personales suelen verse afectadas drásticamente. Etapa de aceptación: desprovista de sentimientos, la lucha pareciera que desapareció, el paciente es capaz de hablar de su enfermedad. (KUBLER-ROSS, 1994). Otra clasificación propuesta por Bowlby, está basada en la teoría del apego y en relación a la pérdida de un ser querido, el duelo es un proceso que ocurre en cuatro fases: fase de shock, estupor o negación, fase de anhelo o búsqueda de la figura pérdida, fase de desorganización o desesperanza, fase de reorganización. Otra clasificación según William Worden: la persona en duelo necesita resolver una serie de situaciones para poder transitar y elaborar su duelo: asumir la realidad de la pérdida, elaborar las emociones relacionadas con el duelo, aprender a vivir con la ausencia del ser querido o en su caso del objeto de la pérdida y recolocar emocionalmente al ser querido o el objeto de la pérdida para vivir en plenitud y dar nuevos significados a la propia vida y la propia identidad.(Georgina, 2018). El duelo puede debilitar a los pacientes que viven con diabetes y sus familias, el paciente necesita ser acogido, comprendido y ayudado para poder lidiar con sus emociones, beneficiar un bienestar emocional, mejorar y mantener su adaptación a vivir con la enfermedad, por que ahora es parte de su vida. (Leitón-Espinoza Zoila Esperanza, 2018). En el país existe un Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes ubicado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, donde cuentan con un equipo multidisciplinario para la atención del paciente que vive con diabetes y se realizan recomendaciones al personal sobre la conducta que se debe tener de acuerdo a la etapa del duelo que se presente en cada uno de los pacientes usuarios, por ejemplo en etapa de negación: la más común, y donde hay resistencia, búsqueda de otras opiniones o incredulidad, como profesionales de la

salud se debe mostrar empatía, estar consciente que es un mecanismo de defensa, dar información clara y concisa de la diabetes y su tratamiento, preguntar ¿cuáles son sus miedos, ideas y preocupaciones? e incluir a la familia, iniciar con indicaciones concretas, lo más simple posibles, dar fecha de consulta cercana; en la etapa de ira o enojo: búsqueda de un culpable (a la herencia, a un acontecimiento, a un antecedente, al mal apego previo, etc.), puede haber resistencia o rebeldía ante las indicaciones del médico/ nutriólogo / familiar, reacciones hostiles con la familia y profesionales de la salud, se debe mostrar empatía (ponernos en el lugar del paciente), investigar qué es lo que más le molesta, explorar riesgos y beneficios del cambio, continuar con indicaciones concretas; en la etapa de negociación: la persona comienza a aceptar su enfermedad, pero pone condiciones al tratamiento, sigue algunas indicaciones, no todas, como profesionales de la salud debemos mostrar empatía, asignar al paciente la responsabilidad del cumplimiento de su tratamiento, introducir modificaciones de conducta básicas, no complicadas, analizar prioridades de cambios saludables, incluir a la familia en los cambios saludables; en la etapa de tristeza o depresión: el pensamiento está centrado básicamente en lo que se ha perdido o se perderá (libertad, años de vida, consumo libre de comida, control, etc.) apatía y poca motivación para asumir un rol activo en el tratamiento, como profesionales de la salud debemos mostrar empatía, dar tiempo para recuperarse, dar la seguridad de que es posible vivir bien con diabetes y quitar el concepto fatalista de la enfermedad, preguntar preocupaciones o dificultades (inclusive ideas irracionales) para ofrecer alternativas de solución, no dar nuevas instrucciones, considerar referencia con un profesional de salud mental (psicólogo/psiquiatra) y en la etapa de aceptación: la persona y la familia comienzan a darse cuenta de que se puede seguir viviendo con diabetes, como profesionales de la salud debemos mostrar empatía, reconocer los cambios favorables, el esfuerzo y la consistencia, mantener las indicaciones y hacer ajustes, dar herramientas para evitar recaídas. (Diabetes, 2016).

En la actualidad considerando las cifras en aumento de pacientes viviendo con diabetes, el difícil control del estado metabólico, aumento en la aparición de complicaciones y la poca relevancia dentro de su tratamiento que se le da al estado emocional del paciente al recibir el diagnóstico y su seguimiento posterior, se estudiarán las etapas del duelo en los pacientes que viven con diabetes mellitus y para fines exclusivos de este trabajo consideraremos la clasificación del proceso del duelo propuesto por la autora Dra. Elizabeth Kübler Ross y dentro de los parámetros del control metabólico para el paciente que vive con diabetes: glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada, índice de masa corporal (IMC), T/A: <130 mmHg (milímetros de mercurio) para la presión arterial sistólica (PAS), y <80 mmHg para la presión arterial diastólica (PAD), Colesterol LDL < 100 mg/d, Triglicéridos < 150 mg/dl Colesterol HDL > 40 mg/dl, Colesterol total < 200 mg/dl, circunferencia abdominal: hombres <94 cm, mujeres <90cm, ya que son parámetros que tienen valores predictivos para las complicaciones de la diabetes así como el riesgo de mortalidad.

Planteamiento del problema

Durante el desempeño profesional de quien escribe estas líneas, se ha observado que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 manifiestan conductas negativas y renuentes para apegarse al tratamiento médico, lo que ocasiona repercusiones de salud a corto y largo plazo con diferentes complicaciones como pérdida o amputación de extremidades, insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, entre otras. Lo anterior, probablemente tiene sus raíces en el hecho de que al recibir el diagnóstico de primera vez inician un proceso de duelo en sus diferentes etapas, muchos de ellos avanzan hacia un duelo patológico en el cual al no aceptar la diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad, no logran un apego al tratamiento médico. Cuando el diagnóstico es inesperado, el impacto es severo al darse cuenta de que es una enfermedad incurable, con consecuencias para la calidad y esperanza de vida, en la cual tienen que modificar hábitos, no sólo del paciente también de la familia y adaptarse a integrar y utilizar medicamentos.

Algunos pacientes expresan frustración y rechazo al diagnóstico por malos resultados o por las limitaciones que la diabetes conlleva y estas emociones se relacionan con peor afrontamiento al problema de salud y menor adherencia al tratamiento médico.

Por las anteriores consideraciones, para esta investigación se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la etapa del duelo más frecuentemente encontrada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con mal apego al tratamiento y mal control metabólico?

Justificación

La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 422 millones de adultos en el año 2014 a nivel mundial vivían con diabetes, en comparación a los 108 millones del año 1980, se cree que se debe al crecimiento y envejecimiento de la población, que se desarrolla rápidamente en países de ingresos medianos y bajos, a la par de personas con sobrepeso u obesidad, los cuales son factores de riesgo relacionados con la prevalencia de diabetes, así como actividad física insuficiente y la hiperglicemia. (Salud O. M., 2016).

Según el Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de la Diabetes (FID) 2019 calcula que en América del norte y el Caribe viven 357.1 millones de población adulta de 20 a 79 años, Estados Unidos, México y Canadá cuentan con el mayor número de pacientes que viven con diabetes. La mortalidad en adultos de 20 a 79 años en el año 2019 fue de 301.700 muertes, el gasto ascendió a 324.5 mil millones de USD (United States Dollars) para el tratamiento de la diabetes, representado un alto porcentaje en el gasto sanitario. La población adulta de 20 a 79 años de edad en América del Sur y Central fue de 335.1 millones, estimando que 31.6 millones viven con diabetes, la mortalidad fue de 243.200 muertes y el gasto sanitario ascendió a 69.7 millones de USD (United States Dollars) mucho menor que en América del Norte y el Caribe, pero consumiendo un alto porcentaje de los presupuestos designados al sector salud (Diabetes F. I., 2019).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) se obtuvo información de 4 regiones del país, donde el 9.4% de los pacientes encuestados dijeron fueron diagnosticados con diabetes mellitus, además de que un gran porcentaje refirió recibir tratamiento médico, pero

aproximadamente la mitad de ellos refirieron estar sufriendo alguna complicación secundaria a diabetes. (2016, 2016). Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el año 2018 reportó entre sus diez principales causas de muertes en la población mexicana en primer lugar enfermedades del corazón y en segundo lugar diabetes mellitus, (Geografía, 2018) el impacto que ha tenido en la población este tipo de patologías es importante es por eso que los servicios de salud en México destinados a atender a la diabetes mellitus son altamente demandados y el costo depende del tipo de institución que atienda al paciente, el costo anual en el país puede estimarse en \$15 millones de dólares para el control metabólico, \$85 millones para servicios de salud adicionales, y \$330 millones para costos indirectos, aproximadamente son tres cuartas partes del presupuesto de salud designado por el gobierno mexicano, un aproximado de \$450 USD (United States Dollars) por paciente conocido por año, es un gasto netamente elevado y cada vez más se tienen que incrementar por la prevalencia de diabetes en el país. (Cadena, 2016). Guías internacionales sobre diabetes mellitus y sus tratamientos como la American Diabetes Association (ADA), la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) y las guías de práctica clínica mexicanas y la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus han desarrollado estrategias para lograr un tratamiento efectivo para los pacientes y disminución de costos y mortalidad, aun así la prevalencia nivel mundial ha dejado claro que las estrategias no se han aplicado correctamente y que dejar de lado recomendaciones tan importantes como el área psicosocial puede realizar grandes estancamientos desde el diagnóstico hasta el tratamiento del paciente. La forma de comunicar el diagnóstico de diabetes mellitus es de gran importancia para el paciente, pues éste entra en un proceso de duelo, su concepto de estilo de vida, autoconcepto e imagen se modifican, esta experiencia es única en cada paciente, inmediatamente enfrentará el proceso con sus herramientas, pero algunos más solicitarán el apoyo de instituciones calificadas como los servicios de salud, es por ello que se deben aplicar las estrategias ya establecidas por instituciones expertas y dar un seguimiento que consiste en revisar el apego al tratamiento médico y no médico, siempre tomando

en cuenta las diferencias culturales, costumbres, nivel educativo de cada paciente, medio que lo rodea y dinámicas, lo que actualmente en las políticas de los servicios de salud del país no contemplan por completo. (López, 2016). Dentro del seguimiento del tratamiento médico el área psicosocial es de suma importancia, si se identifica alguna de las etapas del duelo y se apoya al paciente resultará benéfico no solo para él, también para todos los involucrados, los problemas emocionales de los pacientes a menudo no son reconocidos por el profesional médico y tampoco sé cómo abordarlos y si se continúa por ese camino, seguiremos con un mal apego al tratamiento, aparición temprana de complicaciones médicas e incremento de gastos de salud.

Objetivos

Objetivo general

Identificar qué etapa del duelo es la más frecuentemente encontrada en los pacientes con mal apego al tratamiento y de acuerdo con el mal control metabólico.

Objetivos específicos

Identificar qué etapa del duelo es la más frecuente de acuerdo con:

- Control metabólico
- El sexo del paciente
- Edad

Hipótesis

La etapa del duelo que se encontrará con mayor frecuencia en los pacientes con mal apego al tratamiento y mal control metabólico será la de negación.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico

Población, lugar y tiempo de estudio

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 usuarios de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A Madero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, durante el periodo de los meses de agosto a noviembre del año 2020.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

- Criterios de inclusión:

Pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A Madero.

Pacientes que cuenten con un expediente clínico dentro del departamento de archivo clínico

Pacientes con diagnóstico registrado de diabetes mellitus en el expediente clínico

Pacientes adultos de cualquier edad que acepten participar en el estudio y con firma previa en el consentimiento informado.

Pacientes con estudios de laboratorio de 1 año de antigüedad

- Criterios de exclusión:

Pacientes en etapa terminal con secuelas de amputación, pérdida de la visión, con secuelas de enfermedad vascular cerebral, con cáncer.

Pacientes con diabetes gestacional

Pacientes con diabetes tipo 1

Pacientes con pérdida reciente de un familiar (1 año)

Pacientes que no acepten participar en el estudio de investigación.

Z	1.64	1.70	1.75	1.81	1.88	1.96	2.05	2.17	2.33	2.58
---	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Por lo que con las siguientes formulas se obtuvo la muestra

n = Población	p= 0.05
Z= 1.96	q = 0.05
Confianza: 95%	e = 8 %

$$n = \frac{z^2 p * q}{E^2}$$

$$n_o = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.08)^2}$$

$$n_o = \frac{3.84 (0.25)}{(0.08)^2}$$

$$n_o = \frac{0.96}{0.0064}$$

$$n_o = 150$$

Variables a recolectar

Nombre de la variable	Definición	Definición operativa	Tipo de variable	Nivel de la medición
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido por el paciente	Edad en años cumplidos (18 años en adelante)	Cuantitativa	Discontinua
Etapas del duelo	Periodo de adaptación emocional, que aparece con la pérdida de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Negación • Ira/incredulidad • Negociación • Depresión • Aceptación 	Cualitativa	Nominal
Control metabólico	<p>Sostenimiento de parámetros clínicos y bioquímicos cercanos a la normalidad</p> <p>Hemoglobina glucosilada A1c menor a 7.0%</p> <p>Glucosa plasmática capilar preprandial 80-130 mg/dl (4.4 – 7.2 mmol/l)</p> <p>Índice de masa corporal (IMC) menor a 25</p> <p>T/A: <130 mmHg (milímetros de mercurio) para la presión arterial sistólica (PAS), y <80 mmHg para la presión arterial diastólica (PAD)</p> <p>Colesterol LDL < 100 mg/d</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlado • No Controlado 	Cualitativa	Ordinal

	Triglicéridos < 150 mg/dl Colesterol HDL > 40 mg/dl, Colesterol total < 200 mg/dl. Perimetro abdominal: Hombres: <94 cm Mujeres: <90 cm			
Adherencia terapéutica	Grado de responsabilidad que un paciente asume al consumir medicamentos, apego a dieta y ejecuta actividad física de acuerdo a la recomendación médica.	<input type="checkbox"/> Apego adecuado <input type="checkbox"/> Mal apego	Cualitativa	Ordinal

Método o procedimiento para captar la información

Una vez que se cuente con la autorización del comité de ética del ISSSTE, se solicitaran a las autoridades directivas y de enseñanza de esta unidad autorización para realizar el estudio.

Para los datos de adherencia y control metabólico se construyó un instrumento de forma específica para registrar los datos (Anexo 1), para la etapa de duelo, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario de 38 ítems, ajustado a este trabajo de investigación, de los autores Miaja Ávila Melina y Moral de la Rubia José, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León México, adecuándolo al problema de investigación. (Anexo 2).

La información fue recabada previa autorización del paciente (Anexo 3), por medio del instrumento recolector de datos de la plataforma electrónica de Google: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSciNif3REB7qxgYewtLLkFOXVzydf-8MW1pRT1BsWMuAFU47w/viewform> y el expediente clínico, dentro de las instalaciones de la clínica posterior a su consulta médica por la Dra. Zully Dely Díaz Romero, responsable de esta investigación.

Recursos humanos

Investigador principal: Zully Dely Díaz Romero, residente de tercer año de Medicina Familiar.

Asesor metodológico: Dr. Isaías Hernández Torres

Asesor clínico: Dr. Isaías Hernández Torres

Asesor estadístico: Dr. Isaías Hernández Torres

Recursos físicos

Resultados de laboratorios localizados en los expedientes clínicos del servicio de archivo clínico.

Materiales

Cuestionarios aplicados a pacientes participantes, computadora, smartphone, plataforma de Google cuestionarios, paquetería Excel, IBM SPSS Statistics y la requerida por el asesor estadístico

Comité de ética

El presente estudio fue aprobado por el comité Comité de Ética e Investigación de la Clínica de Medicina Familiar en el mes de septiembre del 2020.

Se solicito a las autoridades pertinentes el acceso al expediente clínico para recolección de datos de laboratorio ya que en ellos se encuentra información confidencial.

Los resultados obtenidos son confidenciales, utilizados con fines estrictamente académicos. La información siempre será presentada en forma de datos agrupados, por lo que la información individual no será revelada.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud señala en su artículo 14, fracción V, VI, IX y el artículo 16 que toda la investigación requiere de un consentimiento informado y que la investigación puede ser suspendida de inmediato en caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite, además de protección de la privacidad del sujeto de estudio, en el artículo 17, fracción II, considera la presente investigación como de riesgo mínimo.

El investigador declara conocer la declaración de Helsinki, Guías de Práctica Clínica, Reglamento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Resultados

Prueba piloto

Se aplicó una prueba piloto al instrumento recolector de datos con la finalidad de identificar si obtenía la información necesaria para los objetivos de esta investigación dentro de las instalaciones de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A Madero del ISSSTE. Se aplicó el instrumento recolector a por primera ocasión a 15 pacientes y observé que al mencionar la palabra “enfermedad” durante la entrevista los pacientes se cohibían, evadiendo las preguntas no dando entonces respuestas y eran menos accesibles a contestar por lo que realizó el cambio a las palabras “diabetes mellitus”. Con este ajuste los pacientes se mostraban más participativos. También se observó que al utilizar 5 reactivos de respuestas en la medición de etapas del duelo: siempre, casi siempre, regularmente, casi nunca y nunca, ocasionaba confusión en las respuestas, por ello se eliminaron 2 respuestas: casi siempre y casi nunca. Con las observaciones anteriores, durante la segunda aplicación ya no arrojó nuevas modificaciones al instrumento recolector.

La investigación se realizó con 115 pacientes de los 150 pacientes que la muestra arrojó, dentro de las instalaciones de la clínica y debido a la contingencia por SARS COV2 que se presentó desde el mes de marzo del año 2020 a nivel mundial, los pacientes con padecimientos crónicos, entre ellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se mantuvieron en resguardo y la presencia de los pacientes dentro de las instalaciones de la clínica fueron ocasionales, lo que dificultó la aplicación del instrumento recolector al número total de pacientes requeridos en la muestra. Cabe aclarar que los resultados del cuestionario aplicado a los pacientes pueden arrojar resultados que ubiquen a los pacientes en más de una etapa del duelo. Posterior a la aplicación se obtuvieron los siguientes resultados:

Características sociodemográficas de la población.

El sexo femenino ocupa el mayor porcentaje de la población encuestada (61.7%) y el sexo masculino ocupa el menor porcentaje (38.3%)

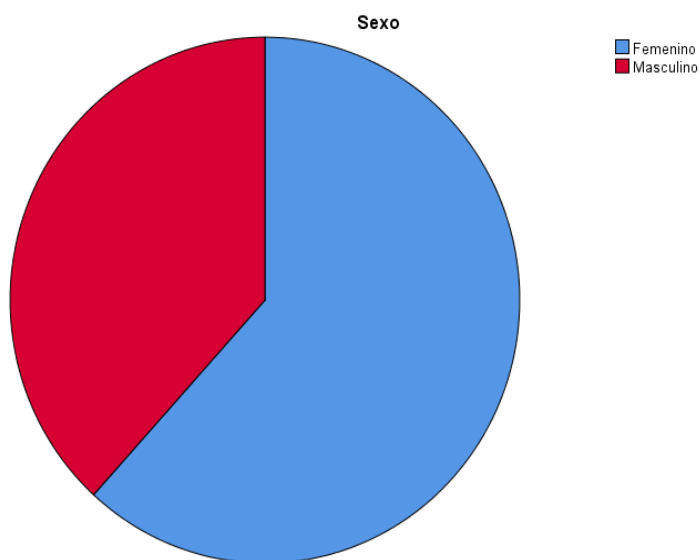
Estadísticos

Sexo

N	Válido	115
	Perdidos	0

Tabla 1. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	71	61.7	61.7	61.7
	Masculino	44	38.3	38.3	100.0
	Total	115	100.0	100.0	



La edad media de la población fue de 62.95 años con un rango de edad de 20 a 100 años de edad, la edad mínima fue 31 años, la edad máxima fue 90 años y la edad que predominó fue 64 años.

Estadísticos

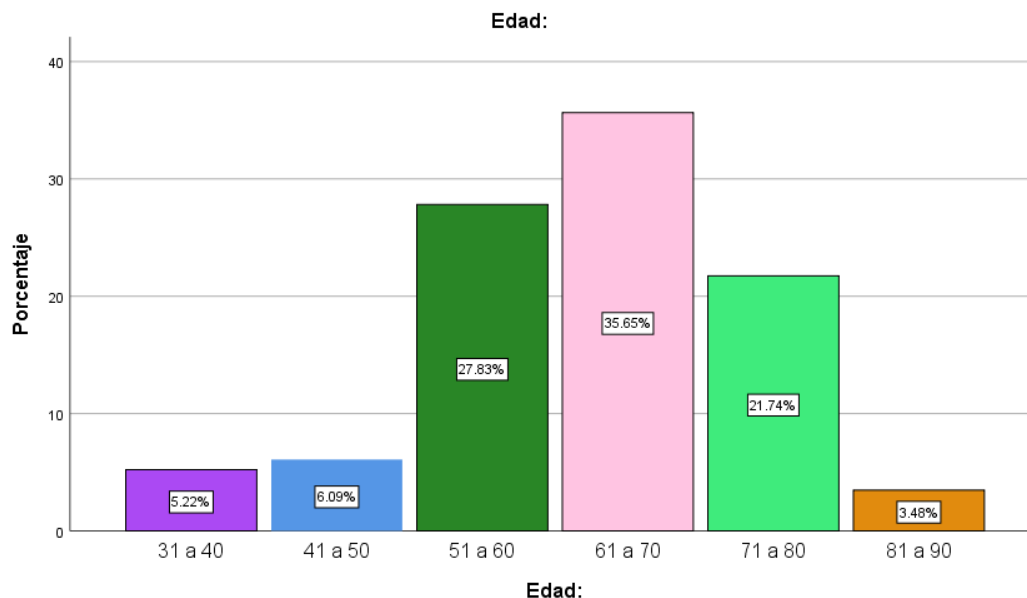
Edad:

N	Válido	115
	Perdidos	0
Media		62.95
Mediana		63.00
Moda		64
Varianza		137.857
Mínimo		31
Máximo		90

Se realizó una clasificación de edades por intervalos, donde se identificó que entre las edades de los 61 a 70 años de edad es el porcentaje más significativo de pacientes encuestados con un 35.7% y entre las edades de 81 a 90 años de edad son los que ocupan el menor porcentaje de encuestados con el 3.5%.

Tabla 2. Edad:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	31 a 40	6	5.2	5.2	5.2
	41 a 50	7	6.1	6.1	11.3
	51 a 60	32	27.8	27.8	39.1
	61 a 70	41	35.7	35.7	74.8
	71 a 80	25	21.7	21.7	96.5
	81 a 90	4	3.5	3.5	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

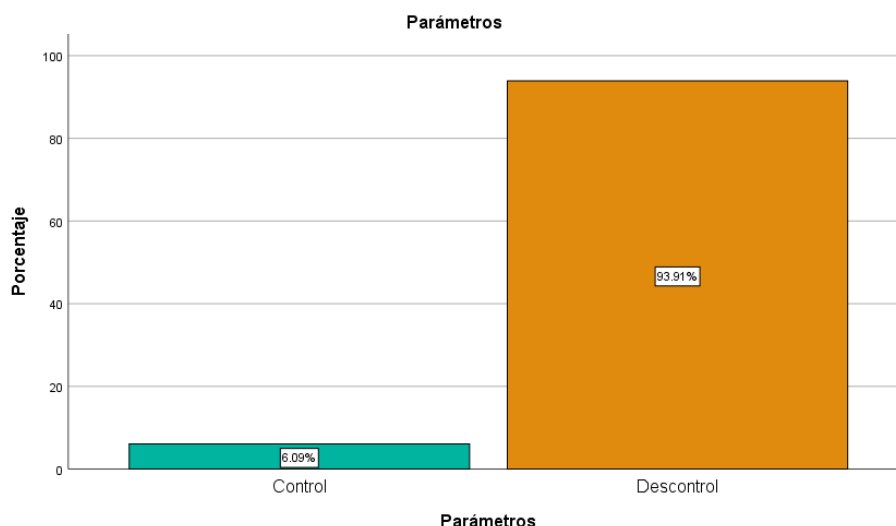


Parámetros de control

En los parámetros de control metabólico se solicitaron los siguientes datos: hemoglobina glucosilada, glucosa plasmática capilar, índice de masa corporal (IMC), cifras de tensión arterial sistémica, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y colesterol total, perímetro abdominal, se obtuvieron los siguientes resultados: pacientes en control 7 (6.1%) y 108 pacientes en descontrol (93.9%).

Tabla 4. Parámetros Clínicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Control	7	6.1	6.1	6.1
	Descontrol	108	93.9	93.9	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

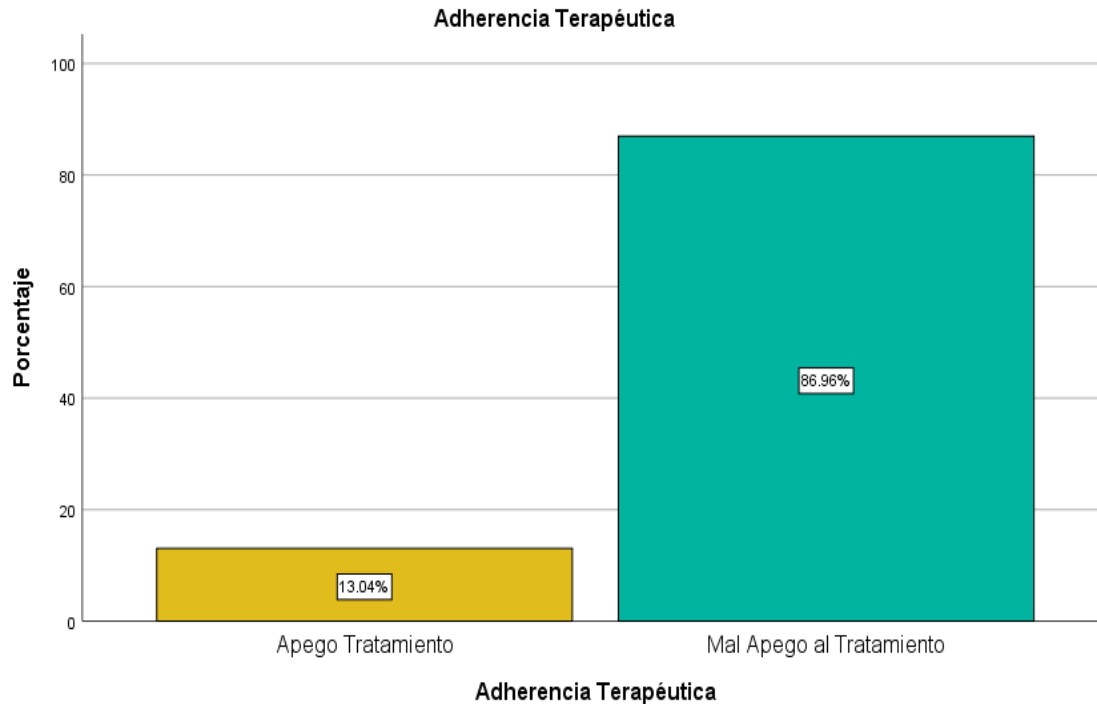


Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica se midió por el test de cumplimiento autocomunicado de Mariinski-Green-Levin y adaptado a este trabajo de investigación, el cual consta de cuatro preguntas que debían ser respondidas con NO en todas las preguntas para así determinar que el paciente se adhiere a su tratamiento establecido y de responder SI en alguna de ellas, se determinó al paciente como no adherente, se asignó un puntaje 1= NO, 2= SI, al sumar las preguntas los resultados eran 4= apego al tratamiento, 5-8= mal apego al tratamiento. Las siguientes características a evaluar son: dieta (4 preguntas); dieta y ejercicio (4 preguntas); dieta, ejercicio y fármacos (4 preguntas) o solamente uso de fármacos (4 preguntas). Obteniendo los siguientes resultados donde 15 pacientes (13%) se encuentran apegados al tratamiento y 100 pacientes (87%) se encuentran en mal apego al tratamiento.

Tabla 3. Adherencia Terapéutica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Apego Tratamiento	15	13.0	13.0	13.0
	Mal Apego al Tratamiento	100	87.0	87.0	100.0
	Total	115	100.0	100.0	



Etapas de duelo

Las etapas de duelo se midieron con el instrumento que fue elaborado por los autores Miaja Ávila y Moral de la Rubia y adaptado a este trabajo de investigación. Consta de 38 ítems con respuesta de tipo Likert: nunca, regularmente y siempre, a los cuales se les asignó un puntaje 1= nunca, 2= regularmente, 3= siempre, agrupadas en cinco etapas: negación (7 ítems), ira (6 ítems), depresión (4 ítems), negociación (11 ítems), y aceptación (10 ítems). Para identificar la presencia de cada etapa se utilizaron los siguientes puntos de corte: negación (≥ 4 respuestas regularmente o siempre), ira (≥ 3 respuestas regularmente o siempre), depresión (≥ 2 respuestas regularmente o siempre), negociación (≥ 6 respuestas regularmente o siempre), y aceptación (≥ 5 respuestas regularmente o siempre).

La confiabilidad obtenida por dimensiones fue de 0.62 a 0.98.

De acuerdo con este procedimiento para calificar hay que señalar que la mayoría de las etapas de duelo identificadas fueron combinadas. En la tabla 5 se muestra la identificación de 17 combinaciones de etapas de duelo y las más frecuente es Negociación + Aceptación.

Tabla 5. Etapa de duelo más frecuente

Etapa de duelo	No.	%
Negociación + Aceptación + Irá	5	5.75%
Negociación + Aceptación + Depresión	21	24.15%
Negociación + Aceptación	56	64.4%
Negación	2	2.3%
Negociación + Aceptación + Negación + Depresión + Irá	2	2.3%
Negación + Irá	8	9.2%
Negociación + Negación + Depresión + Irá	1	1.15%
Irá	3	3.45%
Aceptación	3	3.45%
Depresión + Irá	4	4.6%
Depresión	2	2.3%
Aceptación + Depresión	1	1.15%
Negación + Depresión + Irá	2	2.3%
Negociación + Depresión	1	1.15%
Negociación + Negación	1	1.15%
Negociación + Aceptación + Negación	2	2.3%
Negociación + Negación + Irá	1	1.15%
Total	115	100%

Cruce de variables

En la tabla 6 se puede observar que la etapa de duelo más frecuentemente encontrada es la de Negociación + Aceptación, tanto para el sexo femenino como sexo masculino.

Tabla 6. Etapa del Duelo, por sexo.

Sexo	Etapas de Duelo																	
	NAI	NAD	NA	No	NANDI	NoI	NNODI	I	A	DI	D	AD	NOI	ND	NNO	NANO	NNOI	Total
Femenino	2	17	36	1	1	5	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	71
Masculino	3	4	20	1	1	3	1	2	2	4	0	1	1	0	0	1	0	44
Total	5	21	56	2	2	8	1	3	3	4	2	1	2	1	1	2	1	115

N: Negociación A: Aceptación No: Negación I: Irá D: Depresión

NAI: Negociación + Aceptación + Irá; NAD: Negociación + Aceptación + Depresión; N + A: Negociación + Aceptación; No: Negación; N + A + No + D + I: Negociación + Aceptación + Negación + Depresión + Irá; I: Irá; A: Aceptación; D + I: Depresión + Irá; D: Depresión, A + D: Aceptación + Depresión; No + D + I: Negación + Depresión + Irá; N + D: Negociación + Depresión, N + No: Negociación + Negación; N + A + No: Negociación + Aceptación + Negación; N + No + I: Negociación + Negación + Irá.

A consecuencia que la mayoría de los pacientes se detectaron con mal apego al tratamiento, en la tabla 7 se puede observar que la etapa de duelo más frecuentemente encontrada es la de Negociación + Aceptación, con predominio en los grupos de edad de 61 a 70 años.

Tabla 7. Etapa de duelo por grupo de edad

Grupo de edad	Etapas de Duelo																	
	NAI	NAD	NA	No	NANOI	NoI	NNOI	I	A	DI	D	AD	NOI	ND	NNo	NANO	NNOI	Total
30 - 40	0	1	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
41 - 50	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	7
51 - 60	1	6	15	0	0	4	0	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	32
61 - 70	4	4	23	1	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	41
71 - 80	0	7	13	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	1	0	1	25
81 - 90	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Total	5	21	56	2	2	8	1	3	3	4	2	1	2	1	1	2	1	115

N: Negociación A: Aceptación No: Negación I: Irá D: Depresión

NAI: Negociación + Aceptación + Irá; NAD: Negociación + Aceptación + Depresión; N + A: Negociación + Aceptación; No: Negación; N + A + No + D + I: Negociación + Aceptación + Negación + Depresión + Irá; I: Irá; A: Aceptación; D + I: Depresión + Irá; D: Depresión, A + D: Aceptación + Depresión; No + D + I: Negación + Depresión + Irá; N + D: Negociación + Depresión, N + No: Negociación + Negación; N + A + No: Negociación + Aceptación + Negación; N + No + I: Negociación + Negación + Irá.

La mayoría de los pacientes se detectaron con mal control metabólico, en la tabla 8 se puede observar que la etapa de duelo más frecuentemente encontrada es la de Negociación + Aceptación.

Tabla 8. Etapa del duelo con el control metabólico del paciente

Control Metabólico	Etapas de Duelo																	
	N A I	N A D	N A	No	N A No D I	No I	N No D I	I	A	D I	D	A D	N o D I	N D	N No	N A No	N No I	Total
Control ados	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7
Descontrolados	4	20	52	2	2	8	1	3	3	4	2	1	2	1	1	1	1	108
Total	5	21	56	2	2	8	1	3	3	4	2	1	2	1	1	2	1	115

N: Negociación A: Aceptación No: Negación I: Irá D: Depresión

NAI: Negociación + Aceptación + Irá; NAD: Negociación + Aceptación + Depresión; N + A: Negociación + Aceptación; No: Negación; N + A + No + D + I: Negociación + Aceptación + Negación + Depresión + Irá; I: Irá; A: Aceptación; D + I: Depresión + Irá; D: Depresión, A + D: Aceptación + Depresión; No + D + I: Negación + Depresión + Irá; N + D: Negociación + Depresión, N + No: Negociación + Negación; N + A + No: Negociación + Aceptación + Negación; N + No + I: Negociación + Negación + Irá.

Dado que la mayoría de los pacientes se detectaron con mal apego al tratamiento, en la tabla 9 se puede observar que la etapa de duelo más frecuentemente encontrada es la de Negociación + Aceptación.

Tabla 9. Etapa de duelo con el apego al tratamiento

Apego al tratamiento	Etapas de Duelo																	
	N A I	N A D	N A	No	N A No D I	No I	N No D I	I	A	D I	D	A D	N o D I	N D	N No	N A No	N No I	Total
Con Apego	2	3	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	15
Sin Apego	3	18	51	2	1	6	1	3	3	4	2	1	2	1	1	1	0	100
Total	5	21	56	2	2	8	1	3	3	4	2	1	2	1	1	2	1	115

N: Negociación A: Aceptación No: Negación I: Irá D: Depresión

NAI: Negociación + Aceptación + Irá; NAD: Negociación + Aceptación + Depresión; N + A: Negociación + Aceptación; No: Negación; N + A + No + D + I: Negociación + Aceptación + Negación + Depresión + Irá; I: Irá; A: Aceptación; D + I: Depresión + Irá; D: Depresión, A + D: Aceptación + Depresión; No + D + I: Negación + Depresión + Irá; N + D: Negociación + Depresión, N + No: Negociación + Negación; N + A + No: Negociación + Aceptación + Negación; N + No + I: Negociación + Negación + Irá.

De los 15 pacientes que se encontraron en apego al tratamiento, 7 pacientes mantenían un control metabólico.

Tabla 10. Apego al tratamiento con control metabólico

		Control metabólico		Total	
		Controlados	Descontrolados		
Apego al tratamiento	Con apego	Recuento	7	8	15
		%	100.0%	7.4%	13.0%
	Sin apego	Recuento	0	100	100
		%	0.0%	92.6%	87.0%
Total		Recuento	7	108	115
		%	100.0%	100.0%	100.0%

Discusión.

El duelo es una reacción que se presenta principalmente por una pérdida, la cual puede ser de un ser querido, alguna otra situación de la vida cotidiana como el trabajo, amistades, pareja y en este caso se refiere a la pérdida de la salud, siempre es un acontecimiento importante, estresante y de gran impacto en la vida de los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2, es por eso que las etapas de duelo, el mal apego al tratamiento y el mal control metabólico representan un panorama de como el paciente logra o no adaptarse a la diabetes mellitus.

De acuerdo con el sexo, las mujeres ocupan un mayor porcentaje de pacientes entrevistadas, esto al compararlo con lo reportado en otros estudios por Mendoza Catalán y Rodríguez Moctezuma coincide en resultados, pues son ellas quienes acuden frecuentemente a consulta médica.

Respecto a la edad, existe una sincronía con lo reportado por Rodríguez Moctezuma, las edades medias de los pacientes son entre los 61 a 70 años de edad, ambos estudios fueron realizados en clínicas de medicina familiar, con pacientes usuarios de los servicios de salud e incluyen tanto jubilados y no jubilados, pero coinciden ambos en encontrarse en edad de jubilación, por lo tanto, son pacientes que acuden con frecuencia a sus consultas médicas por las actividades diarias que realizan.

De acuerdo con las etapas de duelo en este estudio, las etapas de negociación + aceptación fueron las más frecuentes, existe una similitud con lo reportado por Mendoza Catalán y Rodríguez Moctezuma en la etapa de aceptación, quienes refiere que es por que puede existir una relación con los años de diagnóstico y la resignación del paciente a la diabetes, sin embargo, nuestro estudio no fue diseñado para medir años de diagnóstico.

Acerca de las etapas del duelo más frecuentes es necesario destacar que en nuestro estudio el instrumento no detectó categorías puras sino categorías combinadas, es decir las etapas de duelo que más identificamos fueron las de negociación + aceptación, así como la categoría de negociación + aceptación + depresión. Estas dos categorías fueron las más frecuentemente asociadas tanto con los pacientes con mal apego al tratamiento como con el mal control metabólico de la diabetes.

Si bien pudiera parecer una limitante del cuestionario para clasificar mejor a los pacientes, el cuestionario parece permitir captar la realidad cambiante del ser humano.

Los pacientes en etapas de negociación + aceptación se asocian a descontrol metabólico, ya que los parámetros solicitados en este estudio son al menos 9 y debían cumplir todos, Rodríguez Moctezuma reportó que las etapas de duelo con descontrol glucémicos y dislipidemias son negación, ira y depresión, quien maneja por separado todos los parámetros de control metabólico.

Respecto al apego al tratamiento y las etapas de duelo de negociación + aceptación, los pacientes en estas etapas se asocian a una falta de apego al tratamiento, otros autores refieren que las etapas de negación se asocian al mal apego al tratamiento y que al aceptar la enfermedad mejoran controles glucémicos y estilos de vida, pero no hay suficientes estudios que refieran que existe una garantía donde estar en una etapa de duelo como aceptación sea suficiente para mejorar la vida del paciente, pues tendría que valorarse el tiempo en que permanecen en estas etapas y el beneficio que se obtendría.

Clínicamente el duelo es un factor que muchas veces no es tomado en cuenta, para el tratamiento de los pacientes que viven con diabetes, teniendo también repercusiones a nivel de la salud, hasta tener riesgos de tal magnitud que merman la calidad de vida de los pacientes. Si durante el proceso de la atención no logramos que los pacientes mantengan una correcta evolución clínica, sería importante ubicar al paciente en alguna o varias etapas del duelo, pues esta situación puede alentar el proceso de adaptación hacia la diabetes, esto puede tener implicaciones tanto individuales, familiares y sociales, lo que ocasiona un descuido u omisión del tratamiento, que afecta directamente la salud del paciente y el logro de las metas de parámetros que a largo plazo retardarían la aparición de complicaciones médicas, pues cuando en un momento dado estas aparecen, además del impacto que sufre el paciente como individuo, se desencadenan crisis familiares, así como cambios en la dinámica familiar. Puede ser que en al principio de la atención medica detectemos que los pacientes se encuentren en alguna etapa como negociación y aceptación, pero diversas situaciones las cuales pueden ser ajenas al paciente pueden modificar esas etapas a un nivel donde, aunque el control clínico y apego al tratamiento haya sido mínimo este no se detecte por la rapidez de pasar a otra etapa del duelo o estancarse por largos periodos.

Es de suma importancia una correcta identificación de las etapas del duelo en los pacientes que viven con diabetes por parte del personal de salud como son los médicos tratantes, para esto es necesario capacitar y dar los conocimientos sobre este tema, pues resulta fundamental que cuando se identifique un paciente con descontrol metabólicos y fallas en la adherencia terapéutica se busque como lograr un abordaje que verdaderamente ayude al paciente, ya que una gran mayoría de los médicos pueden indicar un tratamiento correcto pero no logran los objetivos, pues no toman en cuenta al duelo, inclusive hay desconocimiento del tema, ya que dentro de su formación no se menciona esta situación de suma importancia o tienden a dar un tratamiento por separado, donde solo se busca que

se cumplan metas, pero no se toma en cuenta la salud mental del individuo y su entorno social.

Dada la situación de la diabetes, es imperioso que se hagan políticas públicas de salud, la cuales incidan verdaderamente en producir ambientes y estilos de vida saludables, que incluyan tratamientos integrales, donde la salud mental sea un pilar importante y principal, pues hay un impacto en las instituciones de salud y con un alto costo para el sistema de salud. Quienes padecen diabetes acuden mayormente a recibir atención médica, ingresan a los servicios de urgencias por complicaciones, reciben hospitalizaciones prolongadas y esto aumenta los costos por paciente. Es necesario priorizar la diabetes en el primer nivel de atención, pues se pueden identificar con tamizajes a la población en riesgo, así como iniciar programas que eduquen a la población y que se enfoquen en el autocuidado para que se les permita mantener una adecuada funcionalidad mental, autónoma y un bienestar, enseñar la responsabilidad del tratamiento y hacerlo participante activa a la población en el proceso terapéutico, además de corroborar el conocimiento de la patología, así como la comprensión de las indicaciones médicas, esto con el fin de brindar atención terapéutica y que resulte en beneficios para el paciente, pero beneficios tan reales que él decida que este sea su nuevo estilo de vida.

Una de las limitantes para este estudio era que los pacientes no lograban comprender de forma adecuada las posibles respuestas a las preguntas que se les realizaban, dificultándoseles a la gran mayoría el lograr decidir entre dos respuestas que podían ser muy similares, además de no permitir clasificar a los pacientes en una sola etapa del duelo, pues manifestaban características de dos o más etapas al mismo tiempo, pero también esta situación dejó ver que no se puede encasillar a los pacientes que viven un duelo en una sola etapa, pues finalmente somos seres humanos en constante cambio y las situaciones que cada uno vive pueden modificar estar o no en una etapa o regresar a alguna en la que

previamente se estuvo. El tamaño de la muestra no fue aleatorio pues durante la aplicación del cuestionario se limitó el número de pacientes que acudían a consulta externa, esto debido a la epidemia del SARS COV2, al ser una población altamente vulnerable, por lo tanto, los resultados son aplicables única y exclusivamente a la muestra estudiada. Otra limitante que se observó fue la escasa literatura médica sobre el tema del duelo, pues la mayor información se enfoca en fisiopatología, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, incluso las guías internacionales de diabetes mencionan un apartado breve sobre alguna etapa del duelo como depresión, pero podemos darnos cuenta que el duelo tiene un impacto de suma importancia para la vida y salud de los pacientes.

Conclusiones

Con los resultados obtenidos concluimos que la pregunta de investigación que dio origen a este estudio que fue, ¿cuál es la etapa del duelo más frecuentemente encontrada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con mal apego al tratamiento y mal control metabólico? fue contestada al encontrar a la etapa del duelo de negociación + aceptación tanto en los pacientes con mal apego al tratamiento como en los pacientes con mal control metabólico.

Los objetivos del estudio se alcanzaron y tenemos que el sexo que predominó fue el femenino, las edades más frecuentemente vistas están en el rango de los 61 a 70 años de edad y la etapa del duelo más frecuente en control metabólico es negociación + aceptación.

Se recomienda realizar este estudio en conjunto con el área de psicología para poder dar herramientas que faciliten el conocimiento del duelo y su relación con la diabetes.

Con base en los resultados del estudio se considera que, para un mejor resultado, tanto para el médico como para el paciente se requiere se haga un manejo con enfoque en la educación y concientización sobre la diabetes, sus complicaciones, tratamientos y sobre el duelo y sus etapas, así como las repercusiones que este tiene en el estado de salud mental y metabólico de los pacientes.

Si se decide realizar un seguimiento de este estudio, es importante realizar un ajuste del instrumento recolector de etapas del duelo, así como aplicar criterios de inclusión y exclusión de manera rigurosa para que el duelo por diabetes sea

exclusivo de la patología y no por alguna otra circunstancia, además trabajar con resultados de estudios de laboratorio no menor a 3 meses para mayor fiabilidad.

Referencias bibliográficas

- Asociación Mexicana de Tanatología, A. (2020). <http://www.tanatologiaamtac.com/>. Obtenido de <http://www.tanatologia-amtac.com/>: <http://www.tanatologia-amtac.com/biblioteca.html>
- Association, A. D. (Marzo de 2019). Estándares para la atención médica de la diabetes 2019. *Volumen 42 (Suplemento 1)* . Madrid, España. Recuperado el 29 de Enero de 2021
- Beléndez Vázquez Marina, L. A. (Julio-Agosto de 2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gasetta Sanitaria* , 30(1), 300-303. Recuperado el 25 de Mayo de 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000254?via%3Dihb>
- Cadena, D. M. (2016). Living with diabetes: a bittersweet experience. *REVISTA CONAMED*, 140-144.
- Coronado-Cordero IA, E.-P. J. (2014). Estudio DA WN 2. Actitudes, deseos y necesidades del paciente con diabetes: un enfoque holístico. *Medicina Interna de México*, 30(4), 435-441. Recuperado el 26 de Mayo de 2020
- Daniel, C. G. (15 de ENERO de 2017). *COLEGIO NACIONAL DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA*. Recuperado el 30 de Mayo de 2020, de <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-enM%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-SaludUniversal>
- David, M. E. (26 de Septiembre de 2017). <https://www.mepsicologo.com>. Obtenido de <https://www.mepsicologo.com/blog/duelo-neimeyer>
- Diabetes, A. L. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y. *Asociacion Latinoamericana de Diabetes*, 1-6.
- Diabetes, C. d. (2016). <http://www.innsz.mx>. Obtenido de

<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/>

Diabetes, F. I. (2019). La diabetes por regiones . En F. I. Diabetes, *Atlas de la Diabetes de la FID* (Novena ed., págs. 70-73). Recuperado el 23 de Mayo de 2020, de diabetesatlas.org

Diabetes, F. I. (2019). Panorama Global. En F. I. Diabetes, *Atlas de la Diabetes de la FID* (Novena ed., págs. 34-39). Recuperado el 22 de Mayo de 2020, de [diabetesatlas: https://diabetesatlas.org/en/](https://diabetesatlas.org/en/)

Domingo, V. V. (Septiembre de 2016). Duelo patológico factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI(2), 12-34. Recuperado el 28 de Junio de 2020, de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final. Cd de México. 2020, N. (13 de JUNIO de 2019). <https://www.infocancer.org.mx/>. Recuperado el 22 de MARZO de 2020, de [https://www.infocancer.org.mx/: https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales](https://www.infocancer.org.mx/:https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales)

Geografía, I. N. (2018). *CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN MÉXICO 2018*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 17 de JUNIO de 2020

Georgina, B. G. (22 de Diciembre de 2018). <https://www.saludterapia.com/>. Obtenido de <https://www.saludterapia.com/articulos/a/2870-duelo-etapas-y-tareas.html#targetText=Las%20etapas%20del%20duelo%20seg%C3%BAn,%2%20negociaci%C3%B3n%2C%20depresi%C3%B3n%20y%20aceptaci%C3%B3n>

José Raymundo Rodríguez-Moctezuma, a. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 546-51.

Juan, O. C. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta*

Médica Grupo Ángeles, 226-232.

KUBLER-ROSS, E. (1994). *Sobre la Muerte y Los Moribundos*. Nueva York: Grijalbo.

Leitón-Espinoza Zoila Esperanza, C.-P. M. (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes". *Salud Uninorte. Barranquilla* , 34(3), 696-704. Recuperado el 26 de Mayo de 2020.

López, E. L. (2016). Duelo en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y servicios de salud culturalmente competentes: propuestas de abordaje desde la psicología. *Huella de la palabra*, 71-82.

M. Ochoa, M. C. (26 de Febrero de 2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes tipo 1 en el infante. (U. N. México., Ed.) *Enfermería Universitaria*, 13(1), 40-46. Recuperado el 25 de Mayo de 2020, de <http://www.revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/105>.

Melina Miaja Ávila, J. M. (2014). *PSICOONCOLOGÍA.*, Vol. 11(Núm. 2-3), 369-387. Recuperado el 12 de Marzo de 2020.

Mínguez Platero José, R. P. (2015). Atención al duelo. *Actualización en Medicina de Familia* , 11(5), 300-303. Recuperado el 26 de Mayo de 2020

Nutricion, E. N. (2018). <https://ensanut.insp.mx/>. Obtenido de [https://ensanut.insp.mx/https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf_publica_i_n_\(2016\)](https://ensanut.insp.mx/https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf_publica_i_n_(2016).). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe final de resultados*.

Salud, O. M. (2016). Informe Mundial sobre la Diabetes. En O. M. Salud, *Informe Mundial sobre la Diabetes* (págs. 21-31). MEO design & communication, meomeo.ch. Recuperado el 09 de Mayo de 2020.

SALUD, S. D. (22 de 09 de 1999). *http://www.salud.gob.mx/*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

Salud, S. d. (N/A). *ALGORITMO DIABETES MELLITUS TIPO 2*. Recuperado el 29 de Mayo de 2020, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/algoritmo_diabetes_mellitus_tipo2.pdf

Tizón, J. L. (2016). Los procesos de duelo en atención primaria de salud: una actualización. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 10-69.

Bibliografía

Mendoza CG, Mateo CY, Rodríguez SY, et al. Etapas de duelo y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Aten Fam. 2021;28(3):162-166.

Anexos

Anexo 1.

CUESTIONARIO

Aplice el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:

- Pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A Madero.
- Pacientes que cuenten con un expediente clínico dentro del departamento de archivo clínico
- Pacientes con diagnóstico registrado de diabetes mellitus en el expediente clínico
- Pacientes adultos de cualquier edad que acepten participar en el estudio y con firma previa en el consentimiento informado.
- Pacientes con estudios de laboratorio de 1 año de antigüedad

Datos del paciente:

Nombre:

Numero de filiación:

Edad:

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

Información del expediente clínico:

Parámetros de laboratorio antigüedad máximo un año					
Glucemia en ayuno (mg/dl)	1. 80-130 mg/dl 2. >131 mg/dl	Colesterol LDL (mg/dl)	1.< 100 mg/dl 2. > 100 mg/dl	Peso (kg)	
HbA1c (%)	1. < 7.0% 2. > 7.0%	Colesterol HDL (mg/dl)	1. > 40 mg/dl 2. < 40 mg/dl	Talla (metros)	
Colesterol total (mg/dl)	1. < 200 mg/dl 2. > 200 mg/dl	Presion arterial (mm Hg)	1.<130/<80 mmHg 2.>140/>90 mmHg	IMC	1.<25 2.25-29 3.>30
Trigliceridos (mg/dl)	1. < 150 mg/dl 2. > 150 mg/dl	Circunferencia abdominal (cm)		1.Hombre: <94 cm 2.Hombre: >94 cm 3.Mujer: <90 cm 4.Mujer: >90 cm	

Anexo 2

Cuestionario aplicado al paciente:

Marca la casilla que está más cerca a tu opinión de las siguientes preguntas, bajo la siguiente clasificación: nunca, regularmente, siempre

No.	Ítem	Nunca	Regularmente	Siempre
1	Niego completamente que estoy enferma(o).			
2	No necesité cuidarme, pues no estoy enfermo			

3	Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.			
4	Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.			
5	Me siento mejor al negar la enfermedad			
6	No quiero enterarme de lo que me sucede.			
7	No puedo creer que tenga diabetes mellitus			
8	Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto			
9	Me enojo con la vida por tener diabetes mellitus			
10	Me enojo conmigo misma(o) por tener la enfermedad.			
11	Siento mucho coraje por tener la enfermedad.			
12	Pienso ¿por qué a mí?			
13	Siento que es injusto tener la enfermedad.			
14	Tengo ganas de estar todo el día acostado(a).			
15	No tengo ganas de hacer nada.			
16	Siento que se me acaban las fuerzas			
17	He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.			
18	Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable			
19	Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.			
20	Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas			

21	Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.			
22	Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo			
23	Prometo ser mejor persona, si me recupero			
24	Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.			
25	La fe me ayuda a pensar positivamente			
26	Pienso que mi fe mejorará mi salud.			
27	Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.			
28	Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro			
29	Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.			
30	Aceptar la enfermedad me permite estar bien.			
31	Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.			
32	Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.			
33	Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más			
34	Acepto el hecho de tener la enfermedad			
35	Tomo las cosas como son			
36	Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad			
37	Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).			
38	Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.			

¿Se olvida de tomar/aplicar alguna vez el medicamento para su DM Tipo 2?

Si

No

¿Es descuidado con la hora que debe tomar la medicación?

Si

No

¿Cuándo se encuentra bien ¿Deja de tomarlos?

Si

No

Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomarlos

Si

No

Para consultar el cuestionario aplicado consulte el QR o la siguiente dirección:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSciNif3REB7qygYewtLLkFOXVzydf-8MW1pRT1BsWMuAFU47w/viewform>



Anexo 3



“Etapa del duelo más frecuentemente encontrada en los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2 con mal apego al tratamiento y de acuerdo con el mal control metabólico”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en una investigación para identificar qué etapa del duelo es la más frecuentemente encontrada en los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2 con mal apego al tratamiento y de acuerdo con el mal control metabólico.

Me han informado que los riesgos son mínimos derivado de que solo se trata de contestar un cuestionario.

Las respuestas serán vistas por el personal médico y usadas para esta investigación con fines únicamente académicos.

El médico me dio una explicación clara y leí la información sobre la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de esta Unidad de Medicina Familiar “Gustavo A Madero”, del ISSSTE.”

Acepto

No acepto

Nombre y firma del paciente

Dra. Zully Dely Díaz Romero
(Testigo)
