



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

**"Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en  
pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX"**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2022-3703-017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**Rivera Santamaría Tonatiúh Joel**

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

Teresa Alvarado Gutiérrez



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

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2023



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.

**"Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX "**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**Rivera Santamaría Tonatiuh Joel**  
Residente de medicina familiar

**AUTORIZACIONES:**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA LETICIA VERÓNICA CORTÉS GUZMÁN**  
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS

**ASESORA DE TESIS**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS



**U. M. F. No. 31**  
**DIRECCION**

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2023



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

**"Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en  
pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX "**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**RIVERA SANTAMARÍA TONATIÚH JOEL  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31**



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



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
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.**



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

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.  
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRI 17 CI 09 017 017

Registro COMBIOÉTICA COMBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Miércoles, 09 de marzo de 2022

**Dra. TERESA ALVARADO GUTIERREZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3703-017

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. PAULA ARILOS MAZA**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

-Agradecimientos:

Agradezco a la Dra. Teresa Alvarado por su apoyo, asesoría y paciencia para la realización de este proyecto.

Agradezco al Dr. Alfredo Robles por todas sus enseñanzas y consejos.

-Dedicatoria:

A mi mamá, quien es mi ángel, por su infinito amor y cariño.

A mi papá por todo su apoyo y amor.

A mi abuelita Inés, quien fue mi segunda mamá y aunque ya no está presente, siempre la llevo conmigo.

A mi tía Blanquita, quien la considero mi hermana.

A mi mejor amigo Kalo, por recibirme siempre con una sonrisa cuando llego a casa.

<b>DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellido paterno	Rivera
Apellido materno	Santamaría
Nombre	Tonatiúh Joel
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	307252209
<b>DATOS DEL ASESOR</b>	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
<b>DATOS DE LA TESIS</b>	
Título	<b><u>“Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX ”</u></b>
No. de páginas	63
Año	2023

## Contenido

<b>1.-RESUMEN</b> .....	9
<b>2.-INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>3 MARCO TEÓRICO</b> .....	12
3.1 Marco epidemiológico.....	12
3.2 Marco conceptual.....	14
3.3 Marco contextual.....	24
<b>4.- JUSTIFICACIÓN</b> .....	28
<b>5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	30
5.1.-Reconocimiento de los hechos .....	30
5.2.-Descubrimiento del problema.....	30
5.3.-Formulación del problema .....	31
<b>6.- OBJETIVOS</b> .....	31
6.1 Objetivo General. ....	31
6.2 Objetivo Específicos. ....	31
<b>7.- HIPÓTESIS</b> .....	31
<b>8.- MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	32
8.1 Periodo y sitio de estudio. ....	32
8.2 Universo de trabajo.....	32
8.3 Unidad de análisis. ....	32
8.4 Diseño de estudio. ....	32
8.5 criterios de selección. ....	32
8.5.1 Criterios de inclusión:.....	32
8.5.2 Criterios de exclusión. ....	33
8.5.3.- criterios de eliminación. ....	33
8.6 control de calidad.....	33
8.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos .....	33
8.6.2 Prueba piloto .....	33
<b>9.- MUESTREO</b> .....	33
9.1 Cálculo de tamaño de muestra.....	34
<b>10.- VARIABLES</b> .....	35
9.1 Operacionalización de variables .....	36

<b>11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:</b> .....	39
<b>12. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	41
-Ley General de salud.....	41
-Declaraciones éticas de Helsinki.....	42
-El informe Belmont .....	42
- Bioseguridad.....	44
<b>13.- RESULTADOS</b> .....	44
<b>14.-DISCUSIÓN:</b> .....	51
<b>15.-CONCLUSIONES:</b> .....	52
<b>16.-RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS:</b> .....	53
<b>17. LIMITACIONES:</b> .....	54
<b>18.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	55
<b>18.-ANEXOS</b> .....	61
18.1 hoja de recolección de datos:.....	61
<b>18.2 Escala de las fases del duelo EFD-66</b> .....	62
<b>18.3 Escala de Adherencia a la medicación de Morisky 8 items (MMAS 8)</b> .....	64
18.4 Consentimiento Informado .....	65

## 1.RESUMEN

### “Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX”

Tonatiúh Joel Rivera Santamaría Médico residente de medicina familiar, tercer año. Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez. Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud, UMF 31 CDMX.

**Introducción:** Las personas que padecen Diabetes tipo 2, pasan por un proceso de asimilación al perder la salud, conocida como duelo, este proceso repercute en la adherencia al tratamiento y por consiguiente en el control metabólico. Quienes se encuentran en etapa de aceptación tienen adherencia a la terapéutica, en contraste con aquellos que se encuentran en alguna otra etapa de duelo por enfermedad. Por tal motivo es fundamental conocer la etapa de duelo por enfermedad en la que se encuentre la mayoría de los pacientes quienes no son adherentes.

**Objetivo:** Describir la relación que existe entre el duelo por enfermedad en la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, no aleatorizado por cuotas a 378 Pacientes quienes padecen DT 2 en la UMF 31 CDMX. Para describir la etapa de duelo por enfermedad se utilizó la escala EFD-66 validada para población mexicana, para medir la adherencia al tratamiento se utilizó la escala MMAS 8 la cual se encuentra también validada para población mexicana. Para el análisis univariado se utilizaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas, para las variables cuantitativas se utilizó Kolmogorov-Smirnov, encontrando distribución libre, por lo que se utilizó mediana como medida de tendencia central, así como rangos intercuartiles como medida de dispersión. Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas no paramétricas, debido a que presentaban distribución libre, la variable de interés fue de tipo cualitativa nominal de más de 3 grupos y muestras independientes por lo que se utilizó  $\chi^2$ . La mediana de edad fue de 64 años, 59% de los pacientes fueron adherentes y 41% no adherentes, la fase de aceptación fue la más prevalente con 55.8 %, la mayoría de los pacientes que son adherentes se encuentran en etapa de aceptación mientras que la mayoría quienes no son adherentes se encuentran en etapa de depresión. Los adultos mayores presentan mayor porcentaje de no adherentes.

**Conclusiones:** Las personas que padecen diabetes tipo 2 en la UMF 31 CDMX y que se encuentran en la etapa de depresión de duelo por enfermedad, presentan menor adherencia terapéutica en comparación con aquellos que se encuentran en fase de aceptación, es decir los pacientes quienes aceptan que padecen una enfermedad presentan mayor adherencia terapéutica en comparación con quienes no.

**Palabras Clave:** *Duelo por Enfermedad, Adherencia al tratamiento, Diabetes tipo 2, MMAS8, EFD66*

**“Grief due to illness and its relationship with adherence to treatment in patients with type 2 diabetes at UMF31 CDMX”**

**Tonatiúh Joel Rivera Santamaría Family and community Residente doctor.**

**Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez. Education Coordinator at UMF 31 CDMX.**

**ABSTRACT:**

**Introduction:** People with Type 2 Diabetes go through a process of assimilation when losing their health, known as mourning. This process affects adherence to treatment and therefore metabolic control. Those who are in the acceptance stage have adherence to the therapy, in contrast to those who are in some other stage of mourning due to illness. For this reason, it is essential to know the stage of mourning due to illness in which the majority of patients who are not adherents find themselves.

**Objective:** To describe the relationship between grief due to illness and adherence to treatment in patients with Type 2 Diabetes

**Material and Methods:** An observational, cross-sectional, descriptive study, non-randomized by quotas, was carried out on 378 patients who suffered from DT 2 at UMF 31 CDMX. To describe the stage of mourning due to illness, the EFD-66 scale validated for the Mexican population was used; to measure adherence to treatment, the MMAS 8 scale was used, which is also validated for the Mexican population. To measure adherence to treatment, the MMAS 8 scale was used, which is also validated for the Mexican population. For the univariate analysis, frequencies and proportions were used for qualitative variables, for the quantitative variables Kolmogorov-Smirnov was used, finding free distribution, for which reason the median was used as a measure of central tendency, as well as interquartile ranges as a measure of dispersion. For the bivariate analysis, non-parametric tests were used, since they presented free distribution, the variable of interest was of a nominal qualitative type of more than 3 groups and independent samples, therefore X<sup>2</sup> was used. The median age was 64 years, 59% of the patients were adherent and 41% non-adherent, the acceptance phase was the most prevalent with 55.8%, most of the patients who are adherent are in the acceptance stage while most of those who are not adherents are in a stage of depression. Older adults have a higher percentage of non-adherents.

**Conclusions:** People who suffer from type 2 diabetes at UMF 31 CDMX and who are in the stage of depression due to illness, have lower therapeutic adherence compared to those who are in the acceptance phase, that is, patients who accept that they suffer a disease have greater therapeutic adherence compared to those who do not.

**Keywords:** Grief due to illness, adherence to treatment, type 2 diabetes, MMAS8, EFD6.

## **2.-INTRODUCCIÓN.**

La adherencia al tratamiento es uno de los pilares para el control de las enfermedades crónicas degenerativas, de las cuales destaca en nuestro país la Diabetes tipo 2 debido a que es una enfermedad altamente prevalente en México, la cual condiciona múltiples complicaciones, muchas de las cuales son prevenibles si se lleva un adecuado control de la enfermedad, para que este objetivo se logre es fundamental que los pacientes que padecen dicha enfermedad cumplan con una adecuada adherencia al tratamiento establecido, de tal manera se entiende la necesidad de conocer los factores que propician a los pacientes el incumplir con el régimen terapéutico para posteriormente poder implementar acciones dirigidas a mejorar la adherencia así como permitir un adecuado control metabólico. Por todo ello nace la necesidad de indagar acerca de cómo perciben los pacientes la pérdida de su salud, una vez que se les diagnostica Diabetes tipo 2, lo que se conoce como duelo por enfermedad, ya que aquellos que no hayan alcanzado la etapa de aceptación tendrán mayor probabilidad de no ser adherentes en su tratamiento. Además, conocer la etapa del duelo por enfermedad y su relación con la adherencia no solo sirve para describir el comportamiento de nuestros pacientes en cuanto al régimen terapéutico, sino que también nos permite incidir en acciones dirigidas a lograr la aceptación de la enfermedad con la subsecuente mejora en la adherencia terapéutica. Ciertamente es, que en la gran mayoría de los casos la adherencia terapéutica está dada por múltiples factores, sin embargo, la parte emocional es sin duda una de las que más afecta el entorno global de los pacientes, basta con revisar los crecientes casos de patologías psiquiátricas y

cómo estas influyen en la salud en general de los pacientes, cuanto más cuando se trata de acoplarse al régimen terapéutico estricto necesario para evitar complicaciones que suelen ser letales.

Por todo lo anterior dicho, nace el interés de realizar un estudio que indague acerca de la relación que existe entre la fase de duelo por enfermedad y la adherencia al tratamiento en los pacientes que padecen diabetes tipo 2, todo ello con el fin máximo de fomentar y desarrollar nuevas herramientas para lograr la aceptación de la enfermedad en los pacientes y que con ello subsecuentemente adopten un mejor régimen de adherencia terapéutica logrando un mejor control metabólico y así evitando las desastrosas consecuencias que tiene el descontrol de la enfermedad.

### **3 MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Marco epidemiológico.**

En el mundo existen 422 millones de personas que padecen diabetes, en México es la segunda causa de muerte<sup>1 2</sup>.

En México, la prevalencia de diabetes es de 10.3%<sup>3</sup>. Las cifras actuales que se han publicado mencionan que 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 externa del servicio de Medicina Interna.<sup>4</sup> Por lo que queda evidenciado que a nivel nacional y mundial esta enfermedad se considera uno de los problemas de salud pública más graves que existen .<sup>1</sup> La falta de adherencia terapéutica se sitúa entre el 30 y el 51% en los pacientes con Diabetes tipo 2 que toman medicamento hipoglucemiante oral y de cerca de hasta el 25%

en pacientes que administran insulina para su control glicémico<sup>6</sup> De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 67.9% de las personas con DT2 recibe tratamiento farmacológico, pero 68.2% presenta un descontrol glucémico. En este sentido, la adherencia terapéutica se considera el factor número uno para el adecuado y óptimo manejo y control de la enfermedad<sup>3</sup>. Uno de los países que cuenta con tasas documentadas de mayor adherencia terapéutica son los Estados Unidos de América y, sin embargo, los datos que reportan son alarmantemente bajos, pues la adherencia terapéutica se sitúa apenas en el 51%.<sup>5</sup>

En países en desarrollo como los de América Latina, este porcentaje está por debajo del 25%.<sup>6</sup> Si solo nos centramos en la medicación como método terapéutico, hay estudios que demuestran que a los 6 meses entre un 30% y un 80% de los pacientes dejan de tomar su medicación<sup>26</sup> cifras nacionales nos indican que más del 40% de los pacientes, no se cuidan a pesar de conocer las consecuencias funestas que esto puede conllevar.<sup>7</sup> La falta de adherencia terapéutica debe ser considerada como un grave problema de salud pública dada su alta prevalencia, su relación directamente proporcional con una peor evolución de la enfermedad además del incremento del riesgo de morbilidad, todo lo anterior mencionado tiende a repercutir de manera notable en la disminución de la calidad de vida del paciente y en el impacto económico que ello conlleva para el sistema sanitario<sup>8</sup>.

Estos costos sanitarios asociados a los pacientes con poca adherencia son considerablemente mayores debido a múltiples razones, entre ellas por el

aumento de las visitas a centros de salud, urgencias y hospitalizaciones, con todo lo que intrínsecamente implica.<sup>9,2</sup> La falta de adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico es como se menciona previamente un problema relevante en la práctica clínica, especialmente en el trasfondo del tratamiento de enfermedades crónicas pues se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicamentos como están prescritos<sup>9</sup> . Estudios descriptivos en México concluyen que en enfermedades crónicas degenerativas la prevalencia de adherencia al tratamiento fue de 27.0%; situación que indica que un porcentaje mayor al 70% no tiene buen apego a tratamiento <sup>10</sup>No se tienen cifras precisas en cuanto a porcentaje certero acerca de cuanto impacta la etapa de duelo por enfermedad en la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2, sin embargo, se ha reportado ampliamente y documentado que las personas con DT2 que viven en duelo presentan menor control glucémico y por ende peor calidad de vida.<sup>11 , 12</sup>

### 3.2 Marco conceptual.

La Diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica degenerativa caracterizada por el aumento de glucosa en suero, la cual está relacionada con la resistencia a la insulina.<sup>13</sup> La Diabetes es un problema conocido desde la época egipcia y descrita en la antigua Grecia. La diabetes tipo 2 o no insulino dependiente es la disfunción en la utilización de la insulina por el organismo y entre sus causas se tienen el sobrepeso, el sedentarismo y el hábito de fumar, entre otras. Este tipo de padecimiento constituye una de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica con mayor repercusión directa o indirecta en la morbilidad y la

mortalidad general. <sup>14</sup> Es una enfermedad metabólica crónica altamente prevalente con tremendas implicaciones públicas y socioeconómicas<sup>2</sup>. Las enfermedades crónicas son aquellas que persisten por largos períodos, afectan de una forma u otra la vida normal de las personas y, generalmente, se pueden solo controlar, no curar, con las intervenciones médicas actualmente disponibles.<sup>15</sup>

Las enfermedades crónicas como la diabetes se caracterizan por varios factores, pero dos de ellos son particularmente importantes: su duración superior a los 6 meses y que su aparición implica necesariamente el cambio del estilo de vida del paciente. Estas dos características justifican categorizar la noticia de padecer de una enfermedad crónica como un evento con características de duelo<sup>16</sup>, en el caso de las enfermedades crónicas, los pacientes ingresan y reingresan en los hospitales en la mayoría de los casos, debido a complicaciones agudas de sus condiciones o a fallos en el tratamiento ambulatorios, dos situaciones muy vinculadas a la adherencia terapéutica. Modificar un comportamiento resulta siempre en procesos de resistencia que se acompañan de estados emotivos que dificultan y en ocasiones impiden el logro de los objetivos, en la DT2, como en todas las enfermedades crónicas, el cambio de patrones conductuales que llevan a un estilo de vida inmunógeno o saludable es esencial para preservar la calidad de vida<sup>17</sup>.

A lo largo del proceso, la persona se resiste y entra en periodos de caos y desorganización que se conocen comúnmente como crisis, al aceptar la nueva condición de vida, se van explorando y probando nuevas formas de conducta, algunas exitosas y otras fallidas, pero que dirigen a la persona hacia la

incorporación de patrones conductuales relacionados con preservación la calidad de vida aun con diabetes. <sup>18</sup>

La ruptura emocional que producen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está vinculada directamente con la incertidumbre del proceso de la enfermedad, el distrés afectivo, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en el cuerpo de las personas, saberse enfermo produce una de las experiencias más angustiantes que experimenta el ser humano. La enfermedad entre múltiples condiciones representa limitación, produce ruptura de la vida cotidiana y comporta cambios existenciales que generan sufrimiento, Una causa agregada del padecimiento para quien ha recibido diagnóstico de una enfermedad como la diabetes tipo 2, es la tendencia a clasificar o estigmatizar a este tipo de pacientes, el hecho de rotular o nombrar a una enfermedad es tan poderoso, que es usual el hábito de mirar a las personas desde el punto de vista del mal designado, siendo la enfermedad crónica la que ocasiona mayores trastornos, ya que cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónico degenerativa pasa por varias etapas de duelo, este proceso se origina debido a la posibilidad de muerte que enfrentan estas personas, ante esta situación se experimentan emociones negativas como angustia, frustración, culpabilidad y depresión, además del hecho de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad para toda la vida, a esto se le conoce como proceso de duelo, el cual se puede entender como una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana, es un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación, de la salud, etcétera<sup>19</sup>.

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<sup>20</sup>.

El origen etimológico de la palabra “duelo” proviene del latín duellum que significa dolor. El manual de diagnóstico para trastornos mentales (DSM-IV-TR), define el duelo como la reacción de una persona ante la muerte de un ser querido. No obstante, el DSM-IV-TR emplea el código V62.82 para clasificar el duelo como un “trastorno no mental” o “no atribuible a trastornos mentales”, por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10), emplea el código Z63.4 para el duelo normal y el código F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos, es importante mencionar que la CIE10 considera el duelo como un trastorno mental y de comportamiento, que deriva de factores que impacten en la salud de las personas y su contacto con grupos de apoyo. Algunas investigaciones han determinado los factores más representativos que influyen en el proceso de duelo. Entre estos factores se pueden mencionar la personalidad, las circunstancias en que se da la pérdida o se notifica la enfermedad, la edad, experiencias infantiles y las redes sociales. <sup>16</sup>

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, Rojas et al. y Orteja et al. confirman esta información ya que mencionan que la mayoría de las personas al enfrentarse

con una enfermedad mortal tienen un choque emocional y frecuentemente se niegan a aceptarlo; a esta etapa le siguen sentimientos de rabia donde experimentan culpa, enojo con la vida, con su cuerpo y con alguna divinidad, ya que lo visualizan como una amenaza de muerte<sup>20</sup>, por esta razón se considera que los factores emocionales poseen un valor tal que pueden impactar favorable o desfavorablemente en el proceso de la enfermedad, que pueden ir desde la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento hasta poder desarrollar otros síntomas y enfermedades.<sup>15</sup>

De esta manera, el padecimiento de la enfermedad se acompaña de estrés y ansiedad que pueden afectar la adherencia al tratamiento; las personas que experimentan estos estados emocionales han perdido el interés, llegando a no importarles, pues consideran que ya se encuentran mal y piensan que el tratamiento médico no cambiará las cosas <sup>20</sup>.

En general es un proceso difícil para el paciente y sus familiares, lo que provoca que la adaptación a la enfermedad sea un fenómeno multifacético que involucra conductas, procesos fisiológicos, psicológicos y variables sociodemográficas. <sup>20</sup>

Si bien existen varias teorías relacionadas con el duelo, la de Kübler-Ross señala que la negación, la rabia/ira, la negociación, la depresión y la aceptación son etapas que ayudan a comprender el proceso que atraviesa un enfermo terminal al vislumbrar su propia muerte o, mejor dicho, la pérdida de la propia vida.

<sup>2</sup> El modelo que propone Kübler-Ross tal como explora Marcial et al. no necesariamente ocurre en orden sucesivo, pero afirman que este modelo se considera el más estudiado y validado dentro del campo de estudio de duelo<sup>19</sup>.

Las etapas del duelo se dividen en 5; La primera etapa es la “negación”, en la cual no se asimila el diagnóstico, se buscan segundos diagnósticos y se rehúsa el cambio de estilo de vida. La segunda etapa es la “ira e incredulidad”, en la cual se busca un culpable (ej. herencia o comportamientos previos), así como una resistencia o rebeldía a las indicaciones del médico, nutriólogo o familiar. La tercera etapa está dada por la “negociación”, en la cual los pacientes comienzan a aceptar su enfermedad, pero establecen condiciones a su tratamiento. La cuarta etapa es la “depresión”, en la cual los pacientes se enfocan en lo que se ha perdido o se perderá. Por último, está la “aceptación”,<sup>16</sup>

Las etapas mencionadas con anterioridad no siempre se presentan en dicho orden y tienden a ser fluctuantes, sin embargo, la mayoría de las personas al encarar el diagnóstico de una enfermedad crónica tienen un choque emocional y no es raro que se nieguen en aceptarla; a esta etapa le siguen sentimientos de rabia e impotencia en donde experimentan culpa, ira hacia la vida, con su cuerpo y con alguna divinidad o creencia metafísica, ya que lo interpretan como una estigma e incluso como una sentencia de muerte anticipada, situación que también vivencian al estar dependientes de medicamentos tomados vía oral o inyectados subdérmicos que realizan la función que se pierde del páncreas. Los pacientes y sus familias, en su esperanza de que el diagnóstico de Diabetes sea un error, comienzan a crear promesas y sacrificios; con esta acción el paciente realiza una negociación con alguna divinidad o ser supremo, con la esperanza en que el daño sea una equivocación o bien este sea revertido o curado<sup>15 16</sup>. Al caer en cuenta de que el problema de salud es una realidad innegable que no cambiará, el paciente entra en un proceso de depresión al considerar que pelagra su vida o que la

enfermedad condicionará la actividad que solía realizar o incluso el estilo de vida que solía llevar, por lo que tiene sentimientos de desánimo, considera que la vida no tiene sentido y que es una carga para sus familiares. Finalmente se debería llegar a la etapa de aceptación de la enfermedad, cuando el paciente se sabe enfermo y asume la responsabilidad del cuidado de su salud con acciones directas<sup>16</sup>

Entre un 10% a 34% de los pacientes con Diabetes tipo 2 desarrollan un duelo patológico que aumenta el riesgo de muerte por eventos cardíacos y suicidio.<sup>4</sup>

Entrando en tema y para definir adherencia al tratamiento, es imperativo en primer lugar mencionar la distinción que existe entre este concepto y el de cumplimiento terapéutico. Este último se refiere al grado en que el paciente se adhiere al tratamiento prescrito, lo que está más relacionado con un vínculo paternalista entre médico y paciente<sup>21</sup>. 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.”<sup>4</sup>

Por otro lado, la adherencia terapéutica se relaciona con un modelo más recíproco de la relación médico-paciente, ya que se define como la participación activa y la colaboración voluntaria del paciente en una conducta mutuamente aceptada para lograr el resultado terapéutico deseado.<sup>21 22</sup>

Dominguez hace énfasis en recomendaciones de la OMS acerca de la necesidad de aceptar el padecimiento y cambiar estilos de vida en su definición, ya que menciona que la adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida”,<sup>10</sup> dicho lo anterior queda en evidencia la importancia de la adherencia al tratamiento en el óptimo desenlace de la enfermedad y queda aún más evidenciado que la falta de dicha adherencia produce graves consecuencias, aumenta el riesgo de complicaciones diabéticas agudas y crónicas, hospitalizaciones y aumenta el gasto sanitario <sup>23</sup>, por lo que es comprensible que el cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas constituya un eslabón clave para la obtención de buenos resultados a largo plazo en el tratamiento de estos padecimientos<sup>11</sup>, la adherencia terapéutica se considera entonces un elemento clave para el manejo de la enfermedad<sup>12</sup>.

Dicha adherencia como se menciona en párrafos anteriores no depende exclusivamente de la prescripción del médico y de su habilidad para tratar certeramente la enfermedad, también viene determinada por factores cognitivos y emocionales tales como conocimientos, creencias, actitudes, estados de ánimo, características de personalidad, motivación, entre otros, dentro de estos factores psicosociales se encuentra la etapa de duelo por enfermedad en la que ese encuentra el paciente<sup>24</sup>.

Por último, uno de los factores más relevantes para el cumplimiento de los tratamientos médicos es la interacción entre el médico y el paciente, sin embargo, muchas ocasiones el médico pasa por alto los factores psicológicos que repercuten en la adherencia al tratamiento y en vez de referir oportunamente al

paciente a servicios de psicología especializados, tiende a culpar al paciente por el pobre control de su enfermedad haciendo un círculo vicioso que deriva en la perpetuación del duelo por enfermedad sobre todo en las primeras etapas descritas <sup>25</sup>.

Dentro de las variables que afectan la adherencia, se suma la presencia de trastornos emocionales como depresión y ansiedad y el estado de desesperanza. Estos suelen mediar la evolución de la enfermedad por el impacto que provocan en la adherencia terapéutica, lo que puede complicar la sintomatología orgánica e impactar nuevamente en el estado emocional de los pacientes. <sup>26</sup>

Amezcueta et al. señalan que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. En los últimos años se ha observado un incremento de investigaciones que indagan acerca de este fenómeno, pero aún se requiere de estudios que permitan estimar los niveles de no adherencia en diferentes enfermedades y en grupos poblacionales específicos, en especial en los que requieren de tratamiento a largo plazo y los más vulnerables y que determinen su relación con el control integral de las enfermedades cardiovasculares.<sup>27</sup>

En efecto, el duelo por enfermedad es por definición una nueva situación que condicionará la vida de quien lo padece. Aceptar la enfermedad representa un enorme reto. Todo aquello que perdemos debido a una enfermedad, sea un órgano, el habla, la funcionalidad de alguna parte del cuerpo, o cualquier aspecto de la salud, provoca un estado de dolencia emocional al que cada persona afronta desde su perspectiva. No es raro encarar esta adversidad sin adecuadas redes de apoyo, y pensar que la única consecuencia para el paciente será la pérdida de

salud, sin embargo, siempre hay daños colaterales. A la enfermedad además se irán añadiendo pérdidas de vida social, de vida laboral, etc.<sup>28</sup>

Está bien documentada la evidencia acerca de que las personas con diabetes tipo 2 que viven en duelo presentan menor control glucémico y peor calidad de vida<sup>7</sup>, el duelo es un factor de riesgo que incrementa la no adherencia al tratamiento farmacológico.<sup>12</sup> Espinosa et al. afirman que las ventajas del constructo de “adherencia terapéutica” son: una eficiente adhesión a los tratamientos de las enfermedades crónicas da mejores resultados de salud, menores costos sanitarios reflejados en la calidad de vida del paciente y en la economía de la salud <sup>29</sup>. Así como también se disminuye el uso injustificado de fármacos, reacciones adversas a medicamentos, el número de eventos clínicos, como cardiovasculares, cerebrovasculares, descomposiciones diabéticas, dolores articulares, e ingresos y reingresos hospitalarios, aumentando la eficacia y efectividad de las medidas terapéuticas, disminuyendo la morbilidad de la población mundial.<sup>30</sup> Conocer la influencia del duelo sobre la adherencia del paciente altamente importante debido a la magnitud que trasciende a nivel social y económico principalmente en población vulnerable<sup>11</sup>.

Un estudio realizado por Rodríguez et al., denotan que la variable que más se aproximó a ser favorecedora de la adherencia inicial fue la percepción de un mal estado de salud, es decir, los pacientes que percibían que su salud era mala, en contraposición a los que tenían una salud buena, presentaron mejor adherencia, por lo que dichos autores indican que la percepción de gravedad por parte del paciente, y no la gravedad real, es la que genera mayor adherencia al tratamiento,<sup>29</sup> lo cual explicaría que los pacientes que se encuentran en etapa de

negación tiene menor adherencia terapéutica y los pacientes que se encuentran en etapa de aceptación cuentan con mayor adherencia al tratamiento y por ende menores complicaciones y mayor control glicémico. Es importante llevar a cabo la evaluación de las etapas de duelo en el primer y segundo nivel de atención especialmente en los casos con poca o nula de adherencia terapéutica en la diabetes tipo 2. También es fundamental desarrollar programas o intervenciones que ayuden a las personas a aceptar su enfermedad. Por tal motivo en la práctica clínica es útil medir la fase de duelo por enfermedad en la que se encuentran los pacientes, la escala EFD-66 es un instrumento que presenta una buena validez de construcción como instrumento para medir las etapas de duelo, así mismo la escala MMAS-permite detectar de forma simple, y a bajo costo, a personas que no son adherentes a su régimen de tratamiento medicamentoso.<sup>4</sup>

### 3.3 Marco contextual.

La alcaldía de Iztapalapa se ubica al oriente de la Ciudad de México, es la alcaldía más poblada con un total de 1,835,486 habitantes. En 2015, 33.2% de la población se encontraba en situación de pobreza moderada y 1.72% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 27.5%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 8.75%.<sup>30</sup>

En 2020, 0.065% de la población en Iztapalapa no tenía acceso a sistemas de alcantarillado, 0.25% no contaba con red de suministro de agua, 0.13% no tenía baño y 0.06% no poseía energía eléctrica.<sup>31</sup> Debido a este tipo de características la población de Iztapalapa es propensa a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas debido al tipo de alimentación, la carga genética, el poco

conocimiento sobre ese tipo de patologías y el poco acceso a servicios de salud aunado a los costos de los medicamentos que tienden a superar los ingresos de las familia promedio <sup>32</sup>.

La Unidad de Medicina Familiar número 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social cuentan con una población total de 301,530 usuarios lo cual la convierte en una de las unidades de medicina familiar con mayor número de usuarios, dentro de su población, tomando en cuenta los criterios de la ADA se encuentran diagnosticados 4,534 pacientes con Diabetes tipo 2. Actualmente no se disponen estudios publicados con relación en duelo por enfermedad y adherencia al tratamiento, de hecho tampoco se cuentan con muchos estudios de esta índole a nivel nacional, por lo que se entiende la importancia de llevar a cabo un estudio de estas características que si bien flaquea en algunas directrices en cuanto a nivel de evidencia, puede tomarse como un parteaguas para futuros proyectos y orientar hacia un nuevo enfoque multidisciplinario las enfermedades crónicas además de proporcionar posibles aspectos a considerar para mejorar la adherencia terapeutica.<sup>33</sup>

Uno de los estudios más importantes en relación a este tema es el desarrollado por Ventura en el estado de Oaxaca, el cual es un estudio descriptivo prospectivo realizado en México menciona que el 25.8% acepta su enfermedad; sin embargo, el 18.1% se encuentra en negación; 15.8% en etapa de ira; en negociación con ser supremo 18.7%; en fe/ esperanza 10.8% y en depresión 10.6% , mencionando que, aunque admiten su padecimiento, aún se encuentran en las distintas fases del duelo, debido a distintas circunstancias que rodean el entorno social, familiar e individual de cada caso nuevo.<sup>19</sup>

Otro estudio menciona que las características de la personalidad influyen en el control de la glucemia de los pacientes diabéticos tipo 2. Los peores controles se han asociado con depresión, ansiedad, rabia, hostilidad y vulnerabilidad. Asimismo, se ha observado una mayor propensión a experimentar emociones negativas, enojo, frustración, culpa, tristeza, desesperación y estrés. Varias de estas condiciones están incluidas en el modelo Kübler-Ross de las etapas o fases del proceso de duelo, en dichas etapas, se obtuvieron cifras de incidencia de 46.3% para el grupo de descontrolados vs 9.6% para los controlados ( $p = 0.000$ ); en depresión, 53.6% para descontrolados y 32.2% para controlados ( $p = 0.014$ ); en calidad de vida se encontraron diferencias en las dimensiones de: cambios en el estado de salud ( $p = 0.000$ ), estado de salud ( $p = 0.000$ ) y total ( $p = 0.001$ ).<sup>33</sup>

Sánchez et al. por su parte evidencian que el estrés y la depresión son factores que se asocian a un descontrol metabólico derivado en gran parte por el riesgo de falta de adherencia al tratamiento por olvido o descuido, señalando además una asociación entre la falta de apego al tratamiento con estrés, la proporción de estrés en el total de pacientes con descontrol metabólico fue 65%; además 27% tuvo algún grado de depresión, 87% de pacientes no fue adherente a tratamiento, concluyendo que existe un círculo vicioso entre estrés, depresión y mal apego a tratamiento con el consecuente descontrol metabólico<sup>34</sup>

Mendoza publica resultados similares a los reportados anteriormente: Las etapas de duelo negación y negociación se relacionaron con una menor adherencia terapéutica, esto se debe a que el duelo es un proceso de adaptación emocional ante la pérdida de la salud que finaliza en la aceptación, sin embargo, durante este

proceso se viven y expresan sentimientos de culpa, enojo, desesperanza, angustia e incertidumbre.<sup>15</sup>

Por el contrario, a medida que la persona muestra aceptación hacia la diabetes incrementa su adherencia a los medicamentos. Esto se debe a que el duelo es un proceso de adaptación emocional ante la pérdida de la salud que finaliza en la aceptación, en dicho estudio, la aceptación fue la más frecuente, lo anterior puede tener relación con los años de diagnóstico (>10) y a medida que evoluciona la enfermedad favorece la resignación frente al mismo, independientemente de las diferencias culturales y contextuales donde han sido realizados los estudios, en dicho estudio la aceptación fue la más frecuente, similar a lo reportado en otras investigaciones realizadas en otros estados de la República Mexicana, se encontró además, que a mayor negación menor adherencia terapéutica.<sup>15</sup>

Otro estudio nacional realizado por Pedroza et al., concluyen que el duelo es un factor de riesgo asociado con la ATF. Esto es muy importante de resaltar, ya que la NATF aumenta el riesgo de presentar complicaciones inherentes a la enfermedad y, por ende, la detección oportuna de un paciente que no cumple con la AT tendrá un impacto directo en la disminución de complicaciones, comorbilidades y gastos directos e indirectos a los servicios médicos.<sup>35</sup>

Por último, mencionó un artículo de Swe et al., el cual reiteran que la no adherencia es una forma de comportamiento humano, un fenómeno multifactorial complejo con gran variación de tiempo, así como variación intraindividual, mencionando que la etapa de duelo y los factores emocionales influyen definitivamente en la adherencia y que olvidar estos componentes tendrá repercusiones importantes. Haciendo también mención en que los costos de una

mala adherencia también sugieren que las estrategias de intervención deben ser redirigidas y evaluar los aspectos emocionales y la etapa de duelo que se encuentra el paciente. También mencionan que se ha prestado poca atención al impacto de la mejora de la adherencia en los resultados clínicos. Sería provechoso examinar los predictores de la adherencia como es justamente la aceptación de la enfermedad entre otros, ya que esto tendrá un impacto muy notorio en las enfermedades crónico degenerativas pues la mejora en la adherencia al estilo de vida, así como a los medicamentos, tendrá un gran impacto en el costo de la diabetes para las personas y la sociedad en general. Esto requerirá un enfoque polifacético, flexible y modificable según los cambios necesidades individuales<sup>36</sup>

#### **4.- JUSTIFICACIÓN.**

Trascendencia de la enfermedad

En México, Según la ENSANUT 2018 la prevalencia de diabetes es de 10.3%<sup>26</sup>, La evidencia indica que la adherencia al tratamiento farmacológico constituye un factor fundamental en el control de la diabetes tipo 2, permitiendo el mantenimiento y la recuperación de la salud de los usuarios ,desafortunadamente la falta de adherencia a los medicamentos prescritos condiciona el incumplimiento de las metas establecidas , además impacta directamente en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes . El incrementar la efectividad de las indicaciones sobre adherencia al tratamiento puede lograr un alcance mayor sobre la salud de la población que mejorar los procedimientos médicos específicos. El sistema de salud debe considerar el conjunto de factores que

influyen como es el duelo por enfermedad y determinan el cumplimiento terapéutico y no enfocarse exclusivamente en lo biomédico<sup>37</sup>

Urgencia:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los costos directos de las complicaciones atribuibles a un control deficiente de la diabetes son 3 a 4 veces mayores que los de un buen control.<sup>38</sup> En México, se calcula que los costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3, 200 dólares anuales, lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones, inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con la tasa de mortalidad por esta causa<sup>39</sup>. El control metabólico, así como la prevención de las complicaciones crónicas, la hospitalización y la muerte prematura asociadas con la diabetes son prioridades para el sistema de salud mexicano.<sup>8</sup>

Vulnerabilidad:

El nivel socioeconómico bajo (NSB) y el bajo nivel escolar se asocian con menores tasas de detección de la enfermedad y de acceso a los servicios de salud, mayor prevalencia y menor monitoreo de la glucosa en sangre y del control de la enfermedad, y menor actividad física. Todo esto lleva a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares.<sup>23</sup> La adherencia al tratamiento en personas con Diabetes tipo 2 está influenciada por múltiples factores que la dificultan como: Duelo por enfermedad, factores sociodemográficos, concepciones culturales de la enfermedad, desacuerdos entre las recomendaciones para tratar la enfermedad que brinda el equipo profesional de salud y el saber popular, no asistir a controles médicos, miedo a la aplicación

de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud, cansancio de tomar tantos medicamentos y el costo económico de la enfermedad a largo plazo<sup>8</sup>

Factibilidad:

La UMF 31 fue el espacio idóneo para realizar el estudio ya que cuenta con una población total de 301,530 pacientes de las cuales 14,534 padecen diabetes tipo 2.

## **5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### ***5.1.-Reconocimiento de los hechos***

Desde el decenio de 1980 se ha resaltado la importancia del apego a los tratamientos. Este fenómeno de falta de apego al tratamiento puede ocurrir en pacientes con padecimientos agudos o crónicos, el problema es más evidente en los tratamientos a largo plazo.<sup>25</sup>

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<sup>25</sup> Conocer la influencia del duelo sobre la ATF del paciente es de vital importancia en enfermedades que tienen un gran impacto social y financiero para los sistemas de salud pública en todo el mundo y, en particular, entre las poblaciones vulnerables. <sup>3</sup>

### ***5.2.-Descubrimiento del problema***

La falta de adherencia al tratamiento repercute en menores tasas de control metabólico, esta falta de adherencia puede ser propiciada entre otros factores por

la etapa de duelo por enfermedad en la que se encuentren los pacientes, por lo que es importante conocer la relación que existe entre la etapa y el apego al tratamiento.

### **5.3.-Formulación del problema**

¿Cuál es la relación de las diferentes etapas de duelo por enfermedad en la adherencia al tratamiento en los pacientes que padecen Diabetes tipo 2 en la UMF 31 CDMX?

## **6.- OBJETIVOS.**

### 6.1 Objetivo General.

Describir la relación que existe entre el duelo por enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes que padecen diabetes tipo 2 en la UMF 31.

### 6.2 Objetivo Específicos.

6.2.1 Ordenar de mayor a menor frecuencia las etapas de duelo por enfermedad que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 en la UMF 31

6.2.2 Identificar en qué etapa de duelo por enfermedad se tiene peor apego al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2

6.2.3 Describir si la población adulta mayor tiene mayor grado de aceptación de duelo por enfermedad en la población de la UMF 31

## **7.- HIPÓTESIS.**

Los pacientes con diabetes tipo 2 que se encuentran en etapa de aceptación de duelo por enfermedad tienen adherencia al tratamiento.

## **8.- MATERIAL Y MÉTODO.**

### **8.1 Periodo y sitio de estudio.**

Se llevó a cabo en la UMF 31, en un periodo de 3 meses, en los cuales se aplicó la escala FD66 y MMAS8 para valorar la etapa de duelo por enfermedad en la que se encontraban los pacientes, así como el grado de adherencia al tratamiento que tuvieron respectivamente.

### **8.2 Universo de trabajo.**

Pacientes usuarios de la UMF31 que padecen diabetes tipo 2 perteneciente a la alcaldía Iztapalapa la cual es la alcaldía más poblada de CDMX y donde las condiciones sociales y económicos favorecen el descontrol de las enfermedades crónicas degenerativas.

### **8.3 Unidad de análisis.**

Pacientes usuarios de la UMF 31 que padecen Diabetes tipo 2 que aceptaron participar en el estudio

### **8.4 Diseño de estudio.**

Se trató de un estudio descriptivo, transversal, con muestreo no aleatorizado por cuotas, en el cual se evaluó la etapa de duelo por enfermedad mediante la escala de EFD66, así como la adherencia al tratamiento mediante la escala de MMAS 8, ambas en formato de cuestionario, con previa firma del consentimiento informado.

### **8.5 criterios de selección.**

#### **8.5.1 Criterios de inclusión:**

Pacientes usuarios de la UMF 31 que padecen diabetes tipo 2

Pacientes de cualquier edad

Sexo masculino o femenino

Que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado

#### **8.5.2 Criterios de exclusión.**

Que tuvieran algún déficit neurológico que les impidiera comunicarse

Que no tomaran medicamento para el control metabólico

Que presentaran otro duelo de cualquier tipo.

#### **8.5.3.- criterios de eliminación.**

Inexistentes.

#### **8.6 control de calidad.**

##### **8.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos**

Para evitar el sesgo de entrevistador se incluyó cuestionarios con preguntas específicas las cuales fueron llenadas en el momento de realizar la entrevista.

Para evitar el sesgo de autoselección se eligieron a los pacientes que participaron en el estudio con base en criterios de inclusión y exclusión bien definidos.

Para evitar el sesgo de medición se realizó estandarización con dos instrumentos de tipo es escala ya validados en múltiples publicaciones

##### **8.6.2 Prueba piloto**

Se realizó una prueba piloto con 5 pacientes para corroborar el tiempo que se tardaban los pacientes en realizar aproximadamente las dos pruebas, además de verificar que las preguntas fueran claras y fácilmente contestables tanto en un consultorio como en la sala de espera

#### **9.- MUESTREO.**

No Aleatorizado por cuotas

### 9.1 Cálculo de tamaño de muestra.

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, no aleatorizado por cuotas en la Unidad de Medicina Familiar 31 con una población total de 301,530 de las cuales 14,534 padecen diabetes tipo 2 siendo la prevalencia del 20 %. Debido a la cantidad de población utilizamos fórmula para población infinita

n=Muestra

N=14,534

Z=1.96

p=0.2

q= 0.8

d=4

N= Número de pacientes.

Utilizando fórmula para población infinita:

$$N Z^2 p q$$

n : \_\_\_\_\_

$$d^2 (N-1) + Z^2 p q$$

$$(14\ 534) (1.96)^2 (0.20) (0.8)$$

n : \_\_\_\_\_

$$(0.04)^2 (14\ 534 - 1) + (1.96)^2 (0.20) (0.8)$$

(14 534) (3.8) (0.20) (0.8)

n : \_\_\_\_\_

(0.0016) (14 533 ) + (3.8) (0.20 ) (0.8)

8836

n : \_\_\_\_\_

23.4

n: 378

Obtuvimos resultado de 378

## **10.- VARIABLES.**

Variables sociodemográficas:

-Edad

-Sexo

-Escolaridad

-Estado civil

Variables clínicas:

-Años de diagnóstico de DT 2

-Número de medicamentos utilizados para control de enfermedad.

-Comorbilidades

-Fase de duelo por enfermedad

-Grado de adherencia al tratamiento

## 9.1 Operacionalización de variables:

-Nombre de la variable: Edad

Definición conceptual. - Número de años vividos

Definición operacional. -Con base en fecha de nacimiento, se hizo una resta de la fecha actual.

Tipo de variable Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Indicador: 1-100 años.

-Nombre de la variable: Estado Civil

Definición conceptual: Situación emocional-legal personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida.

Definición operacional: Se preguntó directamente al paciente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición Nominal

Indicador: 1) Soltero 2) Casado o unión libre. 3) Viudo

-Nombre de la variable: Sexo

Definición conceptual: Genótipicamente hombre o mujer

Definición operacional: Se revisó en el Carnet si está identificado como hombre o mujer.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición Nominal

Indicador: 1) Femenino 2) Masculino

-Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual: Nivel concluido de estudios.

Definición operacional: Se realizó preguntando directamente al paciente

Tipo de variable cualitativa

Escala de medición Ordinal

Indicador: 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Licenciatura.

-Nombre de la variable: Años de diagnóstico DT2

Definición conceptual: Años transcurridos a partir de que un médico le diagnosticó DT 2

Definición operacional: Se preguntó directamente al paciente cuando se le diagnosticó DT 2

Tipo de variable Cuantitativa

Escala de medición Discreta

Indicador: 0-100

-Nombre de la variable: Número de medicamentos utilizados para el control de la enfermedad

Definición conceptual: Número de medicamentos prescritos por el médico o médicos tratantes con el fin de controlar la DT 2 en el paciente.

Definición operacional: Se preguntó directamente al paciente o a su familiar el número de medicamentos

Tipo de variable Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Indicador: 1 Medicamentos, 2 Medicamentos, 3 Medicamentos, 4 Medicamentos

-Nombre de la variable: Número de comorbilidades

Definición conceptual: Número de enfermedades que subsisten en el paciente

Definición operacional: Se preguntó directamente al paciente si padece alguna otra enfermedad para la que tome medicamento todos los días.

Tipo de variable Cuantitativa

Escala de medición: discreta

Indicador: 1 comorbilidad 2 comorbilidades 3 comorbilidades

-Nombre de la variable: Grado de adherencia

Definición conceptual. Cumplimiento en el régimen farmacológico prescrito para el control de la Diabetes tipo 2.

Definición operacional. -Con base en el puntaje obtenido en la escala MMAS8, 8 puntos o más para adherente, menor de 8 puntos para no adherente

Tipo de variable Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1: Adherente 2: No adherente

-Nombre de la variable: Fase de duelo por enfermedad

Definición conceptual. – Etapa en la cual el individuo se sitúa con relación a como vive la pérdida de la salud en un momento de tiempo determinado.

Definición operacional.: – Con base en el puntaje obtenido en la escala FD66

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Negación 2: Ira 3: negación 4: Depresión 5: Aceptación

## **11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio Observacional, transversal, descriptivo, no aleatorizado por cuotas en la UMF 31 a un total de 378 Pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión anteriormente descritos, el cual describió la asociación que existe entre la adherencia al tratamiento con base en la etapa de duelo por enfermedad en que se encuentran. Se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses previamente informando al paciente sobre el estudio y solicitando respetuosamente su participación, se otorgó un consentimiento informado a todos los que aceptaron participar el cual firmaron, así mismo se le dio información del estudio, los objetivos y naturaleza del mismo. Para el análisis de la etapa de duelo por enfermedad se utilizó la escala EFD-66 la cual se entregó por escrito al paciente, el cual respondió o en caso de que contara con alguna condición que le

imposibilitaba escribir, leer o escuchar adecuadamente entonces fue llenado por el aplicador con base en las respuestas que emitía, así mismo para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizó la escala MMAS 8 la cual se llenó de la misma forma que la escala EFD-66 antes descrita. Una vez llenadas ambas escalas se guardaron en una carpeta correspondiente para cada una, después se vertieron los datos en el programa SPSS de un ordenador. Una vez hecho lo anterior se procedió a analizar los datos de manera electrónica mediante el programa de estadística SPSS, analizando de manera prioritaria la asociación que existe entre una y otra variable, ordenando de mayor a menor frecuencia las variables en un lapso de 3 meses. Para identificar a los pacientes, se eligieron de manera no aleatoria por cuotas, buscando directamente al paciente en sala de espera de consulta externa de medicina familiar y aprovechando el tiempo de espera se realizaron las dos encuestas. Se tuvo un tiempo aproximado de 15 a 25 minutos para realizar ambas encuestas por lo que en un día se realizaron aproximadamente 8 encuestas en una jornada de 6 horas vespertina y en jornada acumulada sábado y domingo La prueba piloto se realizó dos semanas previas a realizar el trabajo de campo, en este se eligieron 5 pacientes de la base de datos de la UMF quienes cumplían con los criterios de inclusión y quienes aceptaron participar llenando debidamente el consentimiento informado.

Una vez que se procedió a limpiar la base de datos y que se verificó que no se tenían valores aberrantes o sobrantes se procedió a realizar el análisis estadístico de tipo descriptivo mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales o por

sus siglas en inglés Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Los datos se analizaron en el periodo de octubre a noviembre del 2022.

Para el análisis univariado se utilizaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas, para las variables cuantitativas se utilizó Kolmogorov-Smirnov como prueba de normalidad debido a que el número de pacientes estudiados superaba los 30, encontrando distribución libre, por lo que se utilizó mediana como medida de tendencia central, así como rangos intercuartiles como medida de dispersión.

Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas no paramétricas, debido a que presentaban distribución libre, la variable dependiente fue de tipo cualitativa nominal de 3 o más grupos y muestras independientes por lo que se utilizó  $\chi^2$

## **12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

*-Ley General de salud* en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 02-04-2014, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17, en su categoría I.- Investigación sin riesgo.- Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta el cual se encuentra disponible en:

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf). Por lo que

*con base en lo anterior este estudio cumplió con lo establecido ya que no se realizó ninguna intervención ni se utilizó ningún fármaco, por lo que los pacientes no tuvieron ningún riesgo adicional.*

*-Declaraciones éticas de Helsinki*

De la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 en su apartado del 1 al 37.

Con base en esta declaración el estudio cumplió con la normativa ya que no expuso a los pacientes a un riesgo mayor que el beneficio además de que cuida su integridad y vela por la salud, se adapta a los estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos, dentro de todo el desarrollo del estudio en ningún momento se violó ningún apartado de toda la declaración.

*-El informe Belmont* creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los

seres humanos en la investigación”. Creado en abril de 1979, manifiesta 3 principios básicos necesarios para realizar investigación médica: Respeto, beneficencia y justicia. Nuestro estudio se adecuó a estos criterios ya que protegió la autonomía del paciente, buscó el máximo beneficio para los participantes en el estudio y por último los beneficios están equilibrados con los escasos riesgos que se tienen.

-Código de Nuremberg.

El Código de Núremberg publicado el 20 de agosto de 1947, tras la celebración de los Juicios de Núremberg, recoge principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos. Este estudio se encuentra dentro de los márgenes de dicho código ya que se obtuvo consentimiento informado de todos los que aceptaron participar, se realizó con el fin máximo de obtener resultados positivos en los pacientes sin someterlos a daños físicos o psicológicos ajustándose a los artículos emitidos en el código del 1 al 10.

-Código de bioética en Medicina Familiar (IMSS):

Dicho código plantea los aspectos fundamentales que deben tener todos los estudios de investigación que se realizan en la rama de medicina familiar, este estudio en ningún momento incumple con dichos criterios y se adecua particularmente al Capítulo 4. Deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en Medicina Familiar (investigación) por que busca aplicar el principio de salud y el bienestar de todas las personas como prioridades que se

anteponen a cualquier proyecto de investigación y debe siempre ponderar beneficios y riesgos.

- *Bioseguridad.*

Debido a la naturaleza del estudio no fue necesario recolectar fluidos o sangre o realizar estudios invasivos por lo que no aplica la bioseguridad en este caso en particular.

-Conflicto de intereses

Declaramos que el grupo de investigadores no recibió financiamiento externo, no nos monetizó ninguna farmacéutica ni otro particular, no se encontró en conflicto de interés al participar en el presente estudio

### **13.- RESULTADOS**

El análisis de las variables estudiadas arrojó como resultados de variables sociodemográficas los datos que se pueden apreciar en el cuadro 1, la mediana de edad fue de 64 años, con rango intercuartil de 55 y 71 años respectivamente lo cual traduce que prácticamente la mitad de los pacientes estudiados era adultos jóvenes y la mitad fueron adultos mayores, , en cuanto al sexo , el mayor número de pacientes corresponde al sexo femenino con un 66.7 % y 33.3 % para el sexo masculino , dentro del estado civil la mayor parte fueron casados con un 63%, 24.6% fueron solteros y 12.4% viudos , en cuanto a la escolaridad el mayor porcentaje de pacientes contaban con bachillerato siendo el 50.5%, el 38.4% secundaria, licenciatura el 7.7 %, primaria el 3.2% y sólo el .3% son analfabetas.

Cuadro 1 Variables Sociodemográficas.

<i>Variables</i>	<i>Me (RIQ)</i>
<i>Edad</i>	64 (55,71) Frecuencia (%)
<i>Sexo</i>	
<u><b>Femenino</b></u>	<u><b>66.7% (252)</b></u>
<i>Masculino</i>	33.3% (126)
<i>Estado civil</i>	
<i>Soltero</i>	24.6% (93)
<u><b>Casado</b></u>	<u><b>63.0% (238)</b></u>
<i>Viudo</i>	12.4% (47)
<i>Escolaridad</i>	
<i>Analfabeta</i>	.3% (1)
<i>Primaria</i>	3.2% (12)
<i>Secundaria</i>	38.4% (145)
<u><b>Bachillerato</b></u>	<u><b>50.5% (191)</b></u>
<i>Licenciatura</i>	7.7% (29)

Fuente: Base de datos

En cuanto a las variables clínicas, nuestros resultados se resumen en el cuadro número 2 y denotan que la mediana de años de diagnóstico de Diabetes tipo 2 fue de 9, con rangos intercuartiles de 5 y 14 respectivamente, la mediana de número de medicamentos usados para el control de la enfermedad fue de 2, con rangos intercuartiles de 1 y 2 respectivamente, por último, la mediana de número de comorbilidades fue de 2 con rangos intercuartiles de 1 y 3 respectivamente.

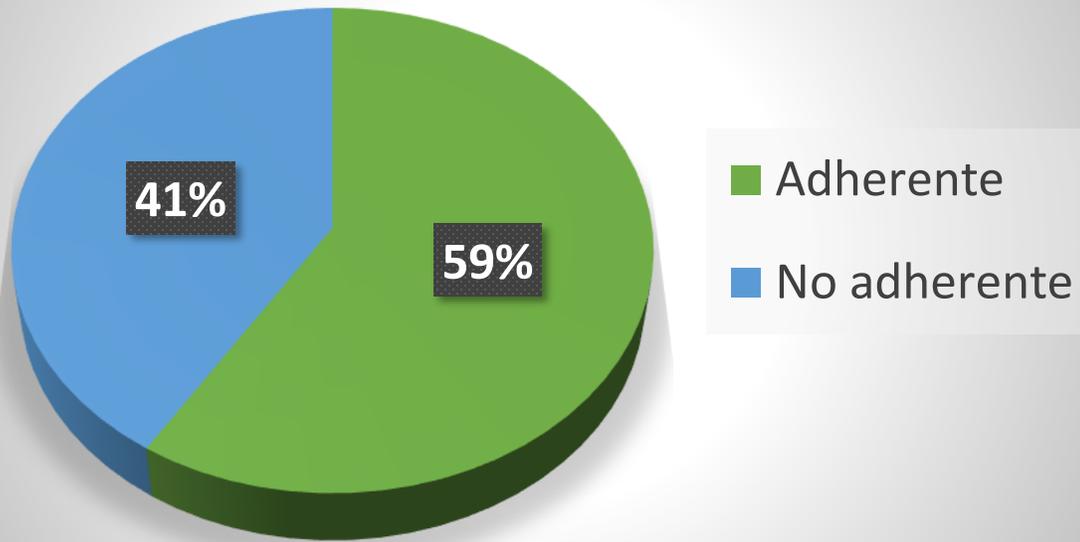
Cuadro 2.- Variables clínicas.

Característica	Me (RIQ)
Años de diagnóstico de DT2	9 (5,14)
Número de medicamentos usados	2 (1,2)
Número de comorbilidades	2 (1,3)

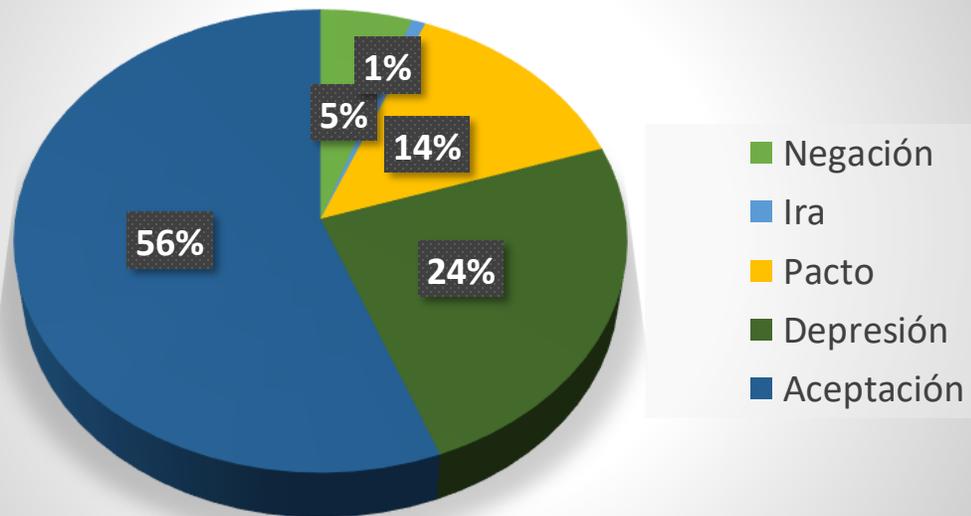
Fuente: Hoja de datos

Los datos de nuestras variables principales de estudio las cuales fueron adherencia terapéutica y fase de duelo por enfermedad se resumen en el gráfico 1 y 2 respectivamente, con respecto a la fase de duelo de enfermedad encontramos que la fase de aceptación fue la más prevalente con 56 % le siguió la depresión con 24%, luego pacto con 14%, negación representó 5%, por último la fase de ira representó sólo el 1 %, es decir, la mayor parte de la población estudiada se encuentra en fase de depresión con todo lo que esto conlleva, por otro lado observamos que el porcentaje de pacientes que se encuentran en fase de aceptación es muy bajo, por lo que consideramos que está en uno de los datos más llamativos de nuestro estudio y que da pie a futuras investigaciones que exploren y analicen el por qué ocurre esto.

**Gráfico 1: Adherencia terapéutica**



**Gráfico 2: Fase de duelo por enfermedad.**



Al revisar los datos de adherencia terapéutica encontramos que el 59% de la población estudiada es adherente al tratamiento lo cual llama mucho la atención debido a que en términos prácticos un poco menos de la mitad de la población estudiada no es adherente, cifras que encajan con los datos consultados en la bibliografía y al igual que ocurre con la variable anterior consideramos que este estudio es un parteaguas para buscar futuras explicaciones acerca de la baja adherencia presentada por nuestra población además de los datos que presentamos en párrafos posteriores.

Al realizar el estudio bivariado utilizando la prueba estadística  $\chi^2$  encontramos que el sexo no tenía significancia estadística entre las diferencias de uno y otro, esto puede ser explicado por que la mayor parte de nuestra población era de sexo femenino por tanto no existía una proporción equilibrada entre ambos sexos.

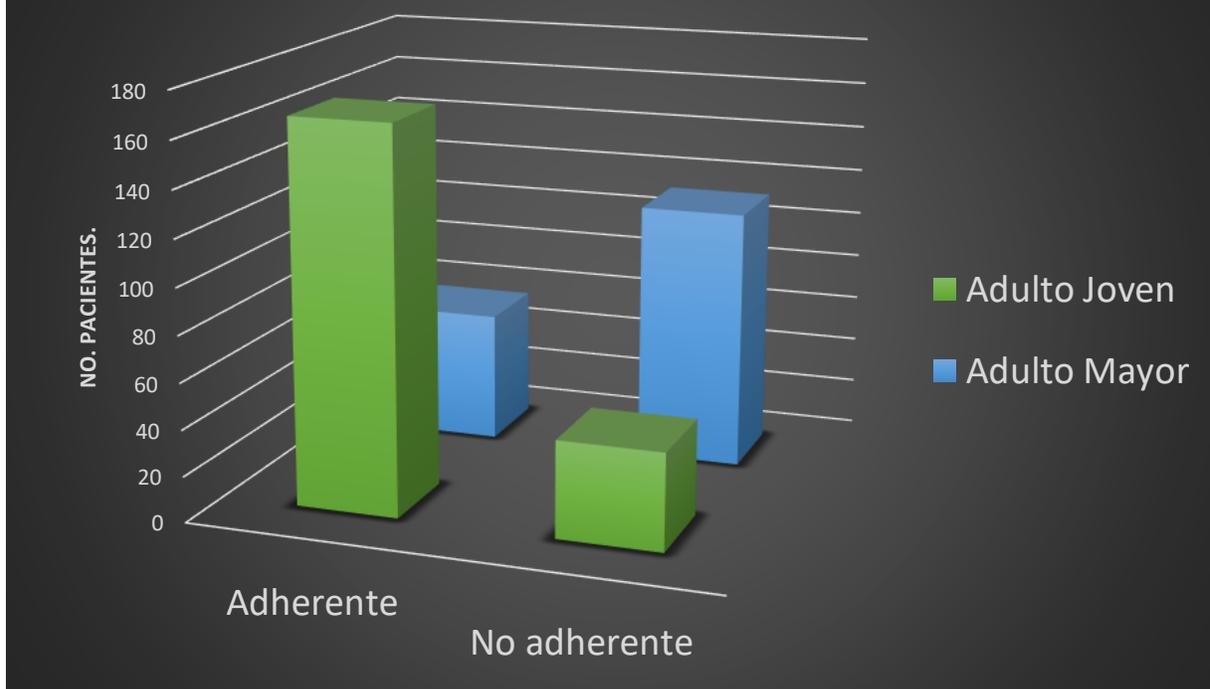
En cuanto al objetivo principal de nuestro estudio encontramos como se puede visualizar en el gráfico 3 que el mayor número de pacientes que son adherentes se encuentran en la fase de aceptación de duelo por enfermedad con una p de 0.0001 por lo que se considera estadística y clínicamente significativa. En contraste, el mayor número de pacientes que no son adherentes se encuentran en la fase de depresión de duelo por enfermedad.

**Gráfico 3: Fase de duelo por enfermedad/Adherencia terapéutica.**



En el gráfico 4 observamos que los adultos mayores representan la población con mayor número de no adherentes, en contraste con los adultos jóvenes, quienes obtuvieron mayor número de pacientes adherentes, con una p de 0.0001 es decir clínica y estadísticamente significativa.

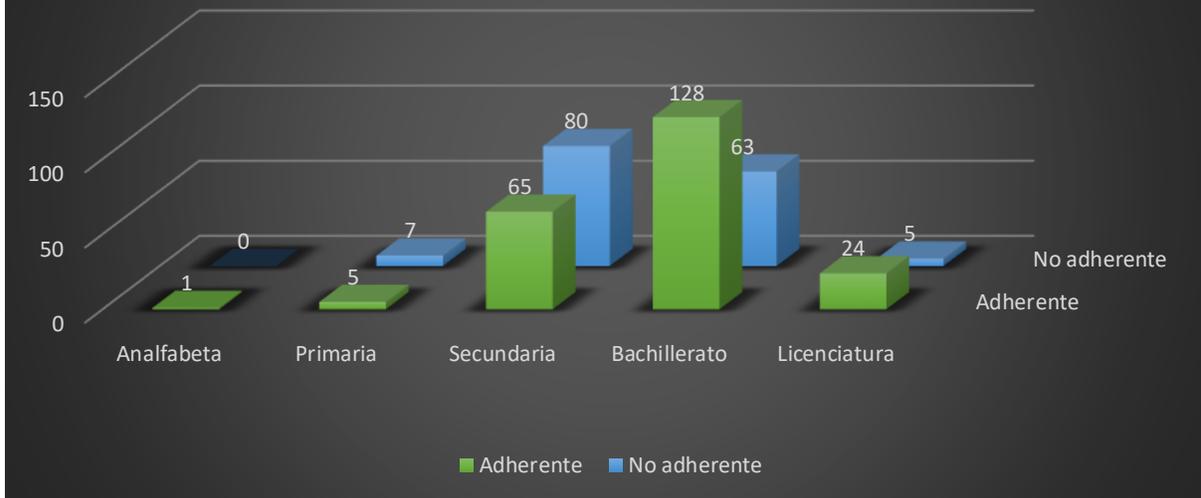
**Gráfico 4: Adherencia terapéutica/Edad.**



En cuanto al estado civil no se encontró diferencia estadísticamente significativa con relación en la adherencia.

Con base en el grado de escolaridad, nuestros resultados muestran tal y como se observa en el gráfico 5 que el mayor número de pacientes adherentes corresponde a aquellos que tienen bachillerato, en contraste el mayor número de pacientes que no son adherentes tienen secundaria con una p de 0.0001.

Gráfico 5.-Escolaridad y adherencia terapéutica



#### 14.-DISCUSIÓN:

Para el paciente con una enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes, que produce pérdidas derivadas de la enfermedad y sus complicaciones como las alteraciones de la función renal, la visión, o incluso de algún miembro, es de esperarse que experimente las mismas etapas de duelo por pérdida. Se observó que la etapa de duelo más frecuente fue la aceptación lo cual difiere con la literatura clásica pero que concuerda con los publicado en México por Moctezuma et al.<sup>3</sup>

Nuestro estudio arroja datos que encajan con lo publicado por Mendoza et al., en cuanto a la fase de duelo más prevalente que fue la aceptación así como también lo reportan en otras investigaciones realizadas otros estados de la República Mexicana, entre 2015 y 2019 <sup>4 10</sup> , también encontramos resultados similares dado que en nuestro estudio los pacientes que no se encuentran en dicha etapa

presentan menor adherencia terapéutica, sin embargo dentro de nuestro resultados diferimos en la etapa de duelo que mayor porcentaje de pacientes no adherentes mostró ya que fue la depresión en contraste con el pacto y negación en lo referido por Mendoza. La depresión es la segunda etapa de duelo más prevalente en los pacientes no adherentes lo cual es similar a lo reportado en un artículo en Paraguay <sup>10</sup> 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.<sup>14,16</sup>

En el presente estudio utilizamos el modelo de Kübler-Ross como base para la generación de nuestro instrumento dada su aceptación y porque cada etapa de este modelo diferencia los distintos estados emocionales del duelo por pérdidas 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.

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.

## **15.-CONCLUSIONES:**

Nuestro estudio demuestra que la fase de duelo por enfermedad termina por influir en la adherencia terapéutica, las personas que padecen diabetes tipo 2 en la UMF

31 CDMX y que se encuentran en la etapa de depresión de duelo por enfermedad presentan menor adherencia terapéutica en comparación con aquellas que se encuentran en fase de aceptación, es decir los pacientes quienes aceptan que padecen una enfermedad presentan mayor adherencia terapéutica en comparación con quienes no. Así mismo encontramos que solo el 55.8% de los pacientes estudiados se encuentran en etapa de aceptación , es decir casi la mitad de los pacientes estudiados no aceptan que están enfermos lo cual es alarmante para el control integral y multifactorial de la patología metabólica que padecen, dentro de este último grupo la etapa de duelo por enfermedad que más prevalente fue es la depresión lo cual aporta un dato valioso para implementar nuevas estrategias que conduzcan a los pacientes a aceptar su enfermedad y subsecuentemente mejorar a la adherencia terapéutica.

Nuestros resultados denotan que los pacientes adultos mayores no presentan adherencia al tratamiento, lo cual puede ser explicado debido a polifarmacia, deterioro cognitivo entre otras circunstancias, consideramos que este dato es uno de los más valiosos de nuestro estudio ya que abre la pauta para mantener la vigilancia de la adherencia terapéutica de los pacientes adultos mayores de forma más estrecha.

#### **16.-RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS:**

La utilidad de este estudio radica en el hecho de que denota la baja adherencia terapéutica que tienen los pacientes quienes padecen diabetes tipo 2, de la misma manera deja en claro que, es en este punto donde los médicos de primer nivel

debemos influir para que nuestros pacientes alcancen la aceptación de su enfermedad y que esto permite una mejor adherencia terapéutica con el fin de mantener un mejor control metabólico.

Consideremos que este estudio aporta datos valiosos que permiten ayudar en el control metabólico de nuestros pacientes al estudiar unos de los factores que conllevan a la baja adherencia terapéutica, proponemos que estos datos sean compartidos con los médicos que forman parte de la unidad para que se puedan implementar las escalas utilizadas en la consulta rutinaria y con base en ellos canalizar al servicio necesario para lograr la aceptación de la enfermedad.

Una opción razonable para alcanzar la aceptación de la enfermedad podría ser crear grupos de pacientes que se encuentren en la misma etapa de duelo por enfermedad y brindar orientación y terapia grupal además de las sesiones individuales.

Sugerimos que se dé continuidad al proyecto en las futuras generaciones de médicos residentes y que de ser posible de utilice un número mayor de variables que permitan aportar mayor número de datos para el entendimiento de los factores que conllevan a la baja adherencia terapéutica.

## **17. LIMITACIONES:**

Nuestro estudio es descriptivo por lo que no permiten establecer relaciones causales entre variables, la población es limitada para la prevalencia que existe de la diabetes tipo 2. Los pacientes pueden mentir acerca de la adherencia al tratamiento, así mismo al realizar la encuesta debido a que una de las escalas

cuenta con muchos ítems puede generar distracción o aburrimiento al contestarla lo cual puede desencadenar respuestas sesgadas.

## **18.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Del Castillo A A, Vargas B SX, Ramírez R M, López M F, Guzmán S R. Diabetes Tipo 2: Epidemiología, criterios diagnósticos y tratamiento. ICSA Internet. 6 de julio de 2017 citado 16 de octubre de 2021;5 10. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2541>
2. Asociación Americana de Diabetes ADA Consultado 15/10/2021 Disponible en <https://www.diabetes.org/>
3. Mendoza G, M Rodríguez Y, Higuera JL, Gutiérrez JM, Pimentel JA. Etapas de duelo y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. AF Internet. 2020 consultado 10 julio 2021;162-166 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af213b.pdf>
- 4 Rodríguez MJR, López DME, Ortiz AAR, JLJ, López OLR Chacón SJ. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Internet. 2016 consultado 10 julio 2021 ;53 5:546-551. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744939009>
5. Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. 2016; consultado 03 julio 2021;48 6:406- 420. Doi Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>
- 6 Rigalt GCP. Depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 Ponencia presentada en Primer Foro de Expertos en Investigación de la Universidad Latinoamericana, 20/02/2019, CDMX

7 Gonzalez JS, Tanenbaum ML, Commissariat PV. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. Am Psychol. 2016 ; consultado 13 Mayo 717:539-. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5792162/>

8 Villalobos A, Rojas R, Aguilar CA, Romero M, Mendoza LR, Flores A, Ávila L. Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. Salud Pública Mex Internet. 5 de diciembre de 2019 citado 11 de septiembre de 2021;6:876-87. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10546>

9 Pérez PA, López ERA, Garrido PSMG, et al. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. waxapa. Internet. 2018 citado 11 de septiembre de 2021;10(18):20-25. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88765>

10 Domínguez LA, Ortega E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. Internet. 2019 Mar citado 2021 Sep 11; 6 1 : 63-74. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-)

11 Espinosa B A. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Finlay revista en Internet. 2016 citado 2021 Oct 28; 6(} 3:aprox. 2 p Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460>

12 Ramos RY, Morejón SR, Gómez VM, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Finlay. . Internet 2017 citado septiembre 13 2021;72:89-98. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S021265671500270X?token=2007B48C2197C60458E341F26173102B78FE04EAE600A73314A40F60799114AFFD760DF5B15EEBDF70119CBBDCB4D69&originRegion=us-east-1&originCreation=20210911194610>

13 Organización panamericana de la salud  
<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

14 Rodríguez R, López M E, Ortiz A R, Jiménez J, López L R, Chacón J. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Internet. 2016 citado Octubre 01 2021;;53(5):546-551. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744939009>

15 Mendoza R R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Revista de Medicina y Ética Internet. 21sep.2021 citado 17oct.2021;324:897-45. Available from: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/994>

16: Villalba A J, Almirón S J, Torales J. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Med. clín. soc. Internet citado 17oct.2021 2021;5 2:90-99. Disponible en <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/187>

17 Espinosa BA. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no trasmisibles. Revista Finlay revista en Internet. 2016 citado 2021 Oct 28; 6 3: aprox. 2 p. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460>

18 Pomares AA, Vázquez N M, Ruíz DE. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay revista en Internet. 2017 citado 2017 Jul 25; 7 2:aprox. 7 p. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>

19 Marcial V GA, Lugo R A, Elizarrarás R J, ContrerasGCM, Elizarrarás C JD, HerreraLKG, Cruz JFE, Escobar VM. El duelo en pacientes con diagnostico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. Avan C Salud Med revista en Internet. citado 2021 Oct 28 2019; 7 3: 68-76. Disponible en <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=113842>

20 Rojas VY,Ruíz MAO, González SR. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. Revista de psicología [revista en

Internet.citado 2021 Oct 28, 26 1, 65-77. Disponible en <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>

21 Ortega CJJ, Sánchez HD, Rodríguez MOA, Ortega LJM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles Internet. 2018 Sep citado 2021 Oct 28 ; 16 3 : 226-232. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es).

22 Villalba AJ, Almirón-SJ, Torales J. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Med. clín. soc. revista en la Internet 2021 citado 2021 Oct 28 ;5 2 :90-99 <https://www.medicinaclicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/187>

23 Díaz E, López D, Alba O. 2017. Determinantes de la adherencia a los hipoglucemiantes y a las visitas médicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. revista en la Internet 2017 citado 2021 Oct 28 64.10.10-16.

24 Rojas R, Abreu R, Aguilar S, Rojas C, Barrientos E,. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Pública de México. Internet. 59.2017. 10.21149/8566. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/320682015\\_Prevalencia\\_de\\_diabetes\\_por\\_diagnostico\\_medico\\_previo\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/320682015_Prevalencia_de_diabetes_por_diagnostico_medico_previo_en_Mexico)

25 Pomares- AA, Vázquez NM, Ruíz DE. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay Internet. 2017 citado 2017 Jul 25; 7 2:. 7 p.. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>

26 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, presentación de resultados 2018 [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)

27 Amezcua MA, Rodríguez WFL, Juan DGE. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. Med Int Mex. revista en Internet 2015 citado 2017 Jul 25 ;31 3:274-280.

28 Cabrera L [https://www.memora.es/es/area\\_profesional/articulos/el-duelo-por-la-perdida-de-salud](https://www.memora.es/es/area_profesional/articulos/el-duelo-por-la-perdida-de-salud)

29 Rodríguez CMÁ, García JE, Rodríguez C A, Pérez MEM, Amariles P, Martínez M F, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. Pharm Care Espana Internet. 2012;14 4:138–45. Available from: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/80>

30. INEGI, consultado, 10/Agosto/2021

[http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/div\\_municipal.aspx?tema=me&e=09](http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=09)

31 Data México , Consultado 10/Agosto/2021 <https://datamexico.org/es/profile/geo/iztapalapa>

32 Saslow LR, Mason AE, Kim S, Goldman V, Ploutz SR, Bayandorian H, Daubenmier J, Hecht FM, Moskowitz JT. An Online Intervention Comparing a Very Low-Carbohydrate Ketogenic Diet and Lifestyle Recommendations Versus a Plate Method Diet in Overweight Individuals With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2017 Feb 13;19 2:e36. doi: 10.2196/jmir.5806. PMID: 28193599; PMCID: PMC5329646.

33 Molina A, Acevedo O, Yáñez ME, Dávila R, González A, Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Internet. 2013;18(1):13

34 Sánchez C, Juan HL, Mugártegui SA, Yáñez GS. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Atención Familiar. Internet. 2016. 23. 43-47. 10.1016/j.af.2016.03.003.

35 Pedroza CGA, Sánchez ELE, Munguía LS, Beltrán L L, Ferrer ÁJG, Medina AR, et al. Evaluación de la Escala EFD-66 para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e113. doi: 10.26633/RPSP.2017.113. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34440/v41e1132017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

36 Swe, K., Reddy S. Improving Adherence in Type 2 Diabetes. *Clinics in geriatric medicine*, 2020. 36 3, 477–489. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.04.007>

37 Bello NV, Montoya PA,. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos* [Internet]. 2017 2021 Sep 12 ; 28 2 : 73-77. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es). Epub 09-Nov-2020.

38 Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

39 Federación internacional de la diabetes

<https://www.diabeweb.com/ficha/66/federacion-internacional-de->

## 18.-ANEXOS

### 18.1 hoja de recolección de datos:



INSTITUTO  
MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL  
UMF 31

**“Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en pacientes de la UMF 31”**

\* Tonatiúh Joel Rivera Santamaría \*\*Teresa Alvarado Gutiérrez.  
\*Residente de primer año de medicina familiar \*\* Médica Familiar. Coord.  
Clín de Educ e Inv en SaludFamiliar

### Hoja 1

#### HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

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

1 Pacientes usuarios de la UMF 31 que padezcan diabetes tipo 2

2 Pacientes de cualquier edad

3 Sexo masculino o femenino

4 Que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado

No llenar

1	No. de Registro:		FOLIO		I I I I I
2	Fecha (dd/mm/aa) _____ / _____ / _____				U U U U
3	Nombre: _____ _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)				
4	NSS: _____	5	Teléfono _____		I I I I I
5	Turno: 1. Matutino ( ) 2. Vespertino ( )				I I
6	Número de Consultorio: ( )				I I
7	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.- Masculino ( ) 2.- Femenino ( )		I I I / I I
8	ESCOLARIDAD: _____				U U U U U U U U
9	AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE DT2 ; _____				U
10	NÚMERO DE MEDICAMENTOS USADOS PARA LA DT2 : _____				U
11	NÚMERO DE COMORBILIDADES:				I I
12	GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA: 1: Adherente 2: No adherente				I I
13	FASE DE DUELO POR ENFERMEDAD: 1: Neación 2 : Ira 3 : Pacto 4 : Depresión 5: Aceptación				I I
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN					

## 18.2 Escala de las fases del duelo EFD-66

“Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF 31”

\* *Tonatiuh Joel Rivera Santamaría.* \*\* *Teresa Alvarado Gutiérrez.*

\*Médico Residente de Primer Año de Medicina Familiar.

\*\* Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud

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

	1	2	3	4	5
1 No creo que estoy enferm@	1	2	3	4	5
2 Hago corajes por todo	1	2	3	4	5
3 Realizo promesas o suplicas a un ser supremo con la intención de tener un presente más favorable	1	2	3	4	5
4 Me siento triste	1	2	3	4	5
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a la vida	1	2	3	4	5
6 Niego completamente que estoy enferm@	1	2	3	4	5
7 Cualquier cosita me enoja	1	2	3	4	5
8 Busco una alianza con un ser supremo para que me cure	1	2	3	4	5
9 Lloro más de lo que solía llorar	1	2	3	4	5
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien	1	2	3	4	5
11 Lloro de coraje	1	2	3	4	5
12 Negociar con un ser supremo me da fuerzas	1	2	3	4	5
13 Siento que nadie me apoya	1	2	3	4	5
14 El apoyo de mi familia me ayuda aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
15 No necesito cuidarme pues no estoy enfermo	1	2	3	4	5
16 Siento impotencia al no poder comprender la enfermedad	1	2	3	4	5
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud	1	2	3	4	5
18 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad	1	2	3	4	5
19 No voy al doctor pues no estoy enfermo	1	2	3	4	5
20 Actuó de manera agresiva con las demás personas, por ejemplo las insulto	1	2	3	4	5
21 Me siento mejor al realizar promesas o suplicas a un ser supremo	1	2	3	4	5
22 Deseo estar muerto	1	2	3	4	5
23 Me aislo de las demás personas	1	2	3	4	5
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad	1	2	3	4	5
25 Le oculto mi enfermedad a los demás	1	2	3	4	5
26 Me enojo con el ser supremo por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero	1	2	3	4	5

28 Todo ganas de estar todo el día acostad@	1	2	3	4	5
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más	1	2	3	4	5
30 Me engaño al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
32 La fe me ayuda a pensar positivamente	1	2	3	4	5
33 Siento que no hay nada por lo que luchar	1	2	3	4	5
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad	1	2	3	4	5
35 tengo miedo de hacerle frente a mi situación	1	2	3	4	5
36 Me enojo con migo mism@ por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
37 Pienso que mi fé mejorará mi salud	1	2	3	4	5
38 Tengo pensamientos negativo	1	2	3	4	5
39 Acepto con resignación la enfermedad	1	2	3	4	5
40 Suelo ignorar que tengo la enfermedad	1	2	3	4	5
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
42 Pienso que mi fé me ayudará a salir adelante	1	2	3	4	5
43 No tengo ganas de hacer nada	1	2	3	4	5
44 Tomo las cosas como son	1	2	3	4	5
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla	1	2	3	4	5
46 Pienso ¿ Por qué a mí?	1	2	3	4	5
47 Creo que el Dr me va a curar si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice	1	2	3	4	5
49 Siento que voy a superar la enfermedad	1	2	3	4	5
50 Me siento incapaz de aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
51 Siento que es injusto tener la enfermedad	1	2	3	4	5
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación	1	2	3	4	5
53 Siento que se me acaban las fuerzas	1	2	3	4	5
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lastima	1	2	3	4	5
56 Me enoja el no poder hacer mi vida normal	1	2	3	4	5
57 Pienso que mi fé me ayudará a tener un mejor futuro	1	2	3	4	5
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida	1	2	3	4	5
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad	1	2	3	4	5
60 Me siento mejor al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
61 Aceptar la enfermedad me hace sentir más tranquilo	1	2	3	4	5
62 No quiero enterarme de lo que sucede	1	2	3	4	5
63 Pienso que voy a salir pronto de esto	1	2	3	4	5
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad	1	2	3	4	5
65 Aceptar la enfermedad me brinda bienestar	1	2	3	4	5
66 Necesito la opinión de otros Doctores por qué no creo en el diagnóstico.	1	2	3	4	5

Puntos de corte: ≥ 65 :Aceptación ≥ 48 Pacto ≥ 25 Negación ≥ 21 Depresión Hasta 20 Ira

### 18.3 Escala de Adherencia a la medicación de Morisky 8 items (MMAS 8)

“Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF 31”

\* *Tonatiuh Joel Rivera Santamaría.* \*\* *Teresa Alvarado Gutiérrez.*

\*Médico Residente de Primer Año de Medicina Familiar.

\*\* Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que le parezca idónea.

1 ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para la Diabetes?	Si 0	No 1
2 A algunas personas se le pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para la Diabetes?	Si 0	No 1
3 ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina para su diabetes ?	Si 0	No 1
4 Cuando viaja o está fuera del hogar ¿Se le olvida llevar su medicina para la Diabetes alguna vez?	Si 0	No 1
5 ¿Tomó su medicina para la Diabetes ayer?	Si 0	No 1
6 Cuando siente que su enfermedad por Diabetes está bajo control ¿Deja a veces de tomar su medicina?	Si 0	No 1
7 Tomar medicamentos diario puede ser un problema para muchas personas ¿ Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su Diabetes?	Si 0	No 1
8 ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar todas su medicinas?	Nunca/ Casi nunca	1
	Rara vez	0.75
	Alguna veces	0.5
	Habitualmente	0.25
	Siempre	0

Adherente: 8 puntos o más. No adherente menor a 8 puntos

## 18.4 Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para la participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Duelo por enfermedad y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF31 CDMX.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.31 ubicada en Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundación y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 9830, Delegación Iztapalapa, Ciudad de México. En el periodo comprendido de tres meses.
Número de registro institucional:	R-2022-3703-017
Justificación y objetivo del estudio:	El responsable del trabajo me ha informado que el presente estudio es necesario debido a la escasa información que existe en la literatura médica, sobre la relación que existe entre la fase de duelo por enfermedad y la adherencia terapéutica, el objetivo del trabajo es determinar precisamente la relación que existe entre ambas
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizarán dos cuestionarios para valorar el grado de adherencia terapéutica que tengo así como la fase de duelo por enfermedad en la que me encuentro respectivamente
Posibles riesgos y molestias:	Podrá presentar un poco de molestias-malestar al contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que mi participación en este estudio es de tipo altruista ya que podrá ayudar a otras personas como yo a mejorar la adherencia terapéutica de su enfermedad
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca del procedimiento que se llevará a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, además se me informará sobre el estado de enfermedad de duelo por enfermedad en la que me encuentro y el grado de adherencia al tratamiento que poseo.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derechohabiente recibo en esta institución no se verá afectada
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, 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 manejados en forma confidencial.

### Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Teresa Alvarado Gutiérrez. Matricula 99383047 Adscripción: UMF 31 Correo: teresa.alvarado@imss.gob.mx

Colaboradores: Tonatiuh Joel Rivera Santamaría Residente de medicina familiar en la UMF3q CDMX, matricula 97389950, tel: 5559652209, email: drtonatiuhrivera@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

Nombre y firma del participante

Tonatiuh Joel Rivera Santamaría

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

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**