



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCION DEL PSICOLOGO
PARA QUE LA PERSONA ACEPTE SU DIABETES MEDIANTE
LA ELABORACION DEL DUELO

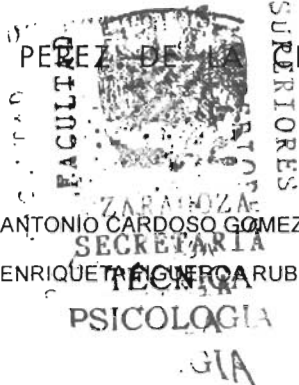
T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MARTHA IVONNE PEREZ DE CRUZ



DIRECTOR DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GOMEZ

ASESORA: MTRA. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO



LO HUMANO
EJE
DE NUESTRA REFLEXION

OCTUBRE DE 2005

0351437



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.

Sinodo:

Marco Antonio Cardoso Gómez

Mario Alberto Patiño Ramírez

Gloria Marina Moreno Baena

Bonifacio Caballero Noguez

Maria Enriqueta Figueroa Rubio

Para la realización de este trabajo se recibieron las becas otorgadas por:

Secretaría de Desarrollo social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP) y Asociación Nacional de Universidades e Instituciones Superiores (ANUIES), Fundación Ford, mediante el Premio Fortalecimiento y Consolidación de proyectos de Servicio Social y Comunitario 2002.

Si es mediocre y sin valor solo eso es lo que pude hacer, si esta bien escrito y ordenado eso es lo que me propuse a hacer (Malaquias 2. 11).

Este trabajo, te lo dedico a ti, a pesar del poco tiempo que compartimos una faceta de mi vida, esa faceta que ha terminado, pero sé, que siempre me acordare de ti en lo más profundo en esa parte escondida de mi corazón, que añorare, por ese placentero recuerdo que solo será nuestro.

También por cada una de tus palabras de aliento, por tus regaños, por tus sonrisas, por cada lágrima que compartimos juntos, ya sea, de alegría o de tristeza. Por escucharme, tenerme paciencia porque en ocasiones creí que se disipaba. También por tu forma de ser, por hacerme disfrutar cada emoción al máximo.

Pero sobre todo por aceptarme tal y como soy con mis defectos y con mis virtudes. Te agradezco por tu compañía, aunque lamentablemente el destino nos llegará a separar, jamás te olvidare.

Te agradezco de todo corazón por formar parte de mi vida, haber hecho realidad uno de mis sueños, ese sueño que muchas veces me negué a aceptar y también por conocer a tu lado momentos oscuros, llenos de pesar que solo tú y yo conocemos realmente. Y principalmente por ser la única y verdadera razón de la culminación de este proyecto, y a la vez, ser el principio de los que siguen.

Te agradezco Dios por darme la gracia de haber conocido a las personas que están a mi alrededor, por darme la familia que tengo y a mis amigos también.

En especial por mi padre, mi madre, mis hermanos, tía Boni, tía Chuchis, tío Jorge y tía filo, tío Humber, a

Lauris, Nieves, Violeta Valadez, Viloleta Cruz, Cyntia Pichardo, Guadalupe Hernández, Leticia Aguilar, Jacqueline Islas, Tania Ramírez, Rafael Pascual, Daniel Plazola, Fabiola Tabaco, Maricruz Vázquez y los que me faltan, tanto en México como en Estados Unidos.

Muchas gracias a Daniel Plazola por recordarme que todo hombre debe decidir una sola vez en su vida; si se lanza a triunfar arriesgándolo todo o se sienta a contemplar el paso de los triunfadores (anónimo).

Gracias Dios... por mostrarme lo maravilloso que es vivir... y más.

-(sqrjalyS

jurkD) rjrk zoz ua naaj as sruurj 'oBany aqsaq anb
ñ naaj as zaq rrra anb sornjrra ñrk rdia rj rroj urj

siurj ajja. -ouror oios sa oranj lre

solitario, tener la oportunidad de rera, esa es la sustancia de la vida.
Her cumplido un sueño, sudar la gota gota rezar rezar rezar un trerj

Agradezco al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez por darme la oportunidad de conocer al grupo DMAPM y a sus integrantes.

Por sus palabras de aliento....

Por decirme, la primera vez que platicamos: el universo es tuyo, y solo a ti, te corresponde tomarlo, a nadie más.

Gracias por recordarme las palabras de Gabriel García Márquez; Un papalote siempre vuela más alto en contra del viento nunca a favor de él.

Al igual que las palabras de Elmer Letterman; Suerte se llama a lo que sucede cuando se reúnen la preparación y la oportunidad. Tu tienes ambas... aprovéchala.

Gracias a la Mtra. Maria Enriqueta Figueroa Rubio.

Por recordarme que por el sólo hecho de vivir, poseo un valor inimaginable.

Por hacerme entender que en la vida siempre habrá chubascos, que a pesar de creer que estoy viviendo una verdadera tormenta, no es así, pues esa tormenta solo es una y es la muerte.

Agradezco la asistencia y participación del Licenciado Rafael Pascual Ayala para la culminación de este trabajo, por darme el tiempo necesario para corregir mis errores, por su paciencia y por sus palabras de aliento.

Por recordarme que en la vida siempre hay que brincar para así poder pasar a otra faceta. También le agradezco por mostrarme que, a pesar de todo siempre hay que tener una gran sonrisa en el rostro, pero sobre todo en el alma.

Muchas gracias licenciado Pascual por permitirme conocerlo.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTO	I
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1 RÍO GRANDE ZACATECAS: el contexto	8
Comunidades atendidas	8
Medios de comunicación	9
Telecomunicaciones	9
Vía Terrestre	9
Particularidades de las comunidades y sectores	10
Escuelas	11
Comercios	12
Descripción del lugar donde se impartieron las pláticas	12
Centros de salud	14
Hospital Rural de Solidaridad # 53 IMSS	15
Tipo de servicio establecido por parte de la institución.	15
Organización interna de la unidad de trabajo	16
Recursos Humanos	16
Cuerpo de Gobierno	16
Área médica principal	16
Área médica secundaria	17
Mobiliario de la unidad de trabajo	17
Transportes	17
Actividades efectuadas en las comunidades de Loreto y las Palomas, San Lorenzo, Vicente Guerrero y los Carrillo y los sectores II y III.	17

CAPÍTULO 2 DIABETES: UN PROBLEMA NACIONAL DE SALUD	21
Panorama evolutivo de la diabetes	21
Definición de diabetes mellitus	22
Definición etimológica	22
Definición conceptual	23
Tratamiento de la diabetes mellitus	24
Factores de riesgo	25
Complicaciones de la diabetes	26
En los ojos	26
En los vasos sanguíneos	26
En el sistema nervioso	27
En el sistema urinario	27
En la piel	27
CAPÍTULO 3 ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA EL CONTROL DE LA DIABETES	28
Diabetes: terapéutica institucional	29
Atención médica para la diabetes	30
Atención de Enfermería	32
Tratamiento odontológico	33
Atención psicológica	33
CAPÍTULO 4 PACIENTE-ENFERMEDAD VS. PERSONA-PADECIMIENTO: el otro ángulo	36
Atención médica	37
Médico-Paciente	37
Paciente - Enfermedad	38
Violencia en el trato médico	40
Despersonalización en la relación medico-paciente	42
Persona - padecimiento	44
CAPÍTULO 5 DUELO	46
Definición	46
Fases o etapas	47
Etapas de duelo ante una enfermedad mortal	49
Reacciones emocionales de las personas con diabetes	50
Expresiones normales del duelo	53
Expresiones emocionales	53
Expresiones Físicas	54
Expresiones Cognitivas	54
Expresiones Conductuales	55
Duelo patológico	55
Duelo crónico	55
Duelo ausente o inhibido	56
Duelo aplazado	56

Reacción del paciente ante la enfermedad: algunos casos Representativos del Municipio de Río Grande, Zacatecas	57
"Me regañó por no haber tenido control prenatal"	57
"Solo vine a visitar a mi abuela y ahora soy diabética"	59
"Pa' que, si no me quieren"	61
"Sólo fue tantito... el día de hoy"	62
CAPÍTULO 6 IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO PARA QUE LA PERSONA ACEPTÉ SU DIABETES POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN DEL DUELO	64
Condiciones necesarias para la elaboración del duelo	69
Propuesta para ayudar a superar el duelo que produce la entrega de un diagnóstico de diabetes	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

RESUMEN

Por el continuo ascenso de morbi-mortalidad en personas con diabetes, las instituciones sanitarias de nuestro país han generado una gran cantidad de propuestas de tratamiento. Sin embargo, esas propuestas, aún cuando han dado buenos resultados, no han satisfecho las expectativas, pues en la actualidad, esta enfermedad es la causa número uno de muerte, lo cual parece ilógico, debido a que, con los avances científicos y tecnológicos con que se cuenta, debiera, al menos en teoría, estar controlada.

En la presente tesina se analiza una de las posibles razones por las que este control no se ha obtenido: el proceso de duelo por el que atraviesa una persona que se hace consciente de la pérdida de su salud.

La importancia del tema reside en dos aspectos:

- a) Cuando el proceso de duelo no es cubierto satisfactoriamente, la persona se estaciona en alguna de sus etapas, haciéndolo patológico

y, por ende, no acepta su enfermedad, lo que genera no jugar el papel activo tan necesario en el tratamiento y control de la diabetes.

- b) La intervención del psicólogo para que la persona acepte su diabetes por medio de la resolución del duelo, y con ello, generar una disposición favorable en las personas, hacia el control de su enfermedad.

La tesina se efectuó en respuesta a las actividades que el psicólogo debe realizar en una comunidad rural, puesto que, la diabetes, con base en sus dimensiones actuales, reclama de los psicólogos una preparación específica acorde con sus demandas.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, uno de los principales problemas de salud, es la diabetes, para el año 2003, existían alrededor de 140 millones de personas enfermas y se estima que para el año 2030, este número aumentará a 370 millones. En México, al ubicarse como la primera causa de muerte, es considerada un problema sanitario con características de epidemia.

Actualmente, para lograr el control de esta enfermedad, se dispone de un arsenal científico y terapéutico que idealmente puede ser exitoso, sin embargo, como lo indican las estadísticas de morbi-mortalidad, las estrategias institucionales de atención a la diabetes, no han logrado su objetivo. Así, cuando las personas con diabetes no logran un control metabólico satisfactorio, se trata de culparlas, argumentando que no siguen la prescripción médica tal como les fue indicada, relegando la responsabilidad de las estrategias.

Una de las posibles causas por las que la diabetes no se ha logrado controlar, es que, los médicos, acostumbran tratar pacientes

creando tratamientos para aliviarles sus síntomas, enfocándose en disminuir tanto los daños a órganos, como la aparición de futuras complicaciones, olvidando que, quien acude por sus servicios, son personas que están padeciendo psicológica, social y culturalmente, ignorando sus pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos, intereses y conductas, de este modo, el médico atiende al paciente y la enfermedad, más no a la persona y el padecimiento.

Las personas, al saberse enfermas de diabetes, experimentan la pérdida de su salud, iniciando con ello, un proceso de duelo, en el cual, se atraviesa por diferentes etapas que le ayudarán a aceptar su enfermedad. Este proceso, no se observa con los síntomas de la enfermedad, ni en el cuerpo de las personas, es un proceso psicológico, que al no ser tomado en cuenta se complica, volviéndose patológico por diversas razones como la manera de dar el diagnóstico, que el médico no cuente con las herramientas necesarias para que la persona atravesase por las diferentes etapas de duelo, etc.

Al momento de dar el diagnóstico de diabetes, es importante la colaboración multidisciplinaria entre medicina y psicología. El médico, tiene el conocimiento para explicar qué es la enfermedad, sus síntomas, complicaciones, tratamiento, e informar las consecuencias de controlarla o no hacerlo, así como prescribir medicamentos en caso necesario. En complemento, el psicólogo tiene las herramientas para conducir a la persona por las etapas del duelo, para que vivan cada

una de ellas con toda su intensidad y pasen a la siguiente, hasta culminar con la aceptación de su enfermedad.

En la presente tesina se analiza:

- a) El proceso de duelo por el que atraviesa una persona que se hace consciente de la pérdida de su salud, pues, cuando no es cubierto satisfactoriamente, la persona se estaciona en alguna de sus etapas, se vuelve patológico y, por ende, no se acepta la enfermedad, lo que genera no jugar el papel activo tan necesario en el tratamiento y control de la diabetes.
- b) La intervención del psicólogo para que la persona acepte su diabetes por medio de la resolución del duelo, y con ello, generar una disposición favorable en las personas, hacia el control de su enfermedad.

En el capítulo 1 se presenta una reseña de Río Grande, Zacatecas, comunidad en la cual se realizó el servicio social dentro del programa "IMSS Solidaridad", en el Hospital Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social Solidaridad número 53 (HRS # 53) de segundo nivel, del 1° de febrero de 1996 al 31 de enero de 1997, en las comunidades: Loreto y las Palomas, San Lorenzo, Vicente Guerrero y los Carrillo y los Sectores II y III.

Además, se indican los medios de comunicación, los comercios y las escuelas con los que cuentan dichas comunidades, así como los

lugares en los que se impartían las pláticas. Por último, se mencionan los servicios que brinda el hospital para la población que atiende.

El capítulo 2 trata sobre el panorama evolutivo de la diabetes, donde se habla sobre la situación mundial y nacional de la enfermedad, se define etimológica y conceptualmente, se menciona la forma de tratamiento, los factores de riesgo y las complicaciones.

En el capítulo 3 se describe la forma en que distintas disciplinas ofrecen atención a la diabetes, señalando en particular, la atención médica, de enfermería, el tratamiento odontológico y la atención psicológica.

En el capítulo 4 se describe la forma de relacionarse entre el médico y sus pacientes, cómo la atención médica está dirigida a pacientes-enfermedades y la forma en que esta atención hace violenta la relación. También se habla de la importancia de tratar personas-padecimientos para conseguir una relación cordial médico-persona.

El capítulo 5 trata sobre las pérdidas que se presentan a lo largo de la vida de las personas, y de cómo generan un proceso de duelo, el cual variará en intensidad según sea considerada la pérdida. También se ofrecen definiciones de duelo, se describen sus fases o etapas, sus formas tanto normales como patológicas de expresión y por último, se presentan cuatro casos representativos, sobre la elaboración del duelo.



Finalmente, en el capítulo 6 se trata sobre la importancia de la intervención del psicólogo para que la persona acepte su diabetes por medio de la resolución del duelo, así como de las condiciones necesarias para la elaboración del mismo.

Capítulo 1

RÍO GRANDE ZACATECAS: EL CONTEXTO

El servicio Social se realizó en el Hospital Rural de IMSS Solidaridad número 53 (HRS # 53) de segundo nivel, durante el 1° de febrero de 1996 al 31 de enero de 1997, en el municipio de Río Grande localizado en la carretera vía corta rumbo a Torreón a 1,857 metros sobre el nivel del mar. El estado de Zacatecas tiene 56 municipios con un total de 3,783 localidades. (Secretaría de Educación Pública, 1990, Gómez y Morquecho, 1985).

Comunidades atendidas

Son diez las comunidades que conforman la zona de influencia del hospital. Para su atención, se dividieron en dos grupos de cinco, por haber dos prestadoras de servicio social de psicología. Las comunidades atendidas, de las cuales se informa en el presente trabajo, fueron Loreto y las Palomas, San Lorenzo, Vicente Guerrero y los Carrillo y los Sectores II y III.

Medios de comunicación

Telecomunicaciones

Cuenta con una oficina de telégrafos nacional y aproximadamente 1,600 líneas telefónicas, las que dan servicio por medio de casetas de uso público, tanto local como de larga distancia. (Datos recabados por la propia institución, 1995). Además, cuenta con una radiodifusora de ampliación modulada, con dos estaciones de radio con una difusión de las 6:30 am., hasta las 9:00 pm.

Por medio de la ciudad de Fresnillo, que cuenta con repetidora de televisión, reciben los canales 2, 5, 7, 9, 11 y 13 de la ciudad de México. Ocasionalmente también se recibe el canal 22 de la Ciudad de México y el 74 de Durango.

Vía Terrestre

Cuenta con una carretera asfaltada, que pasa por la ciudad de Río Grande, misma que procede de Fresnillo y se dirige a Torreón, de la cual se separan numerosos caminos de terrecería hacia otras entidades.

Dentro del municipio transitan autobuses hacia diversas poblaciones. El centro cuenta con dos autobuses que recorren la distancia del centro al hospital y viceversa, con corridas de 6.00 am. hasta las 8:30 pm., pasando por el centro aproximadamente cada media hora, además cuenta con tres sitios de taxis (Datos recabados por la institución, 1995).

A orillas de la ciudad hay una central camionera por la cual circulan autobuses de diversas líneas como, Ómnibus de México y Estrella Blanca entre otras. Sus rutas son al norte a Torreón o Ciudad Juárez, al sur a Fresnillo, Zacatecas, Guadalajara, Aguascalientes, San Luis Potosí o México DF.

Posee una terminal de tren en la localidad de San Lorenzo, con dirección a la Ciudad de México.

Particularidades de las comunidades y sectores

Las casas de los sectores II y III, ubicadas en la zona cercana al centro, cuentan con alcantarillado, asfalto y agua potable la mayor parte del tiempo. Su tipo de construcción es variado, aunque la mayoría están hechas de cemento. Algunas otras casas se localizan en el cerro y son de adobe o madera, y no cuentan con alcantarillado ni agua potable continuamente. El camino, en su mayoría, es de terrecería.

Vicente Guerrero está a orillas de la autopista principal. A unos kilómetros se encuentra uno de los basureros, el segundo se encuentra a unos metros del hospital. Ambos suelen ser utilizados para alimentar chivos y cuervos, entre otros animales.

La carretera de Vicente Guerrero y los Carrillo es terregosa, no hay agua potable la mayor parte del tiempo y carecen de alcantarillado. En general las viviendas son de adobe cubiertas con cal, yeso o pintura, el piso de las casas, en su mayoría, es de cemento y el techo de lámina, se

hace uso de letrinas. De Vicente Guerrero a los Carrillo se camina por una estrecha vereda que tiene a sus lados depresiones profundas, creadas por la sequedad de la tierra.

En San Lorenzo se ubica la terminal del tren, el cual atraviesa la mitad de la comunidad. El camión arriba hasta el centro del lugar, a diferencia del resto de las comunidades. No hay asfalto, se hace uso de letrinas y el drenaje es al aire libre. Es necesario mencionar que en esta comunidad no se carece de agua.

La mayoría de las casas tienen piso firme como cemento, losa, madera o adobe, hay paredes de tabique, bloque, madera o adobe. Así como hay casas sencillas también se pueden visualizar casas de dos o tres pisos, con patios grandes, pero en la mayoría se pueden entrever pequeñas hortalizas, o jardineras con diversas plantas.

Escuelas

Son pocas las escuelas en estas comunidades. El sector II posee un jardín de niños, una primaria y una telesecundaria. El Sector III cuenta con dos jardines de niños, dos primarias y una telesecundaria. San Lorenzo es la comunidad con mayores beneficios pues disfrutan de una primaria, una telesecundaria y una preparatoria. En Vicente Guerrero hay dos primarias y una telesecundaria. Los Carrillo no cuenta con alguna escuela pues la comunidad es demasiado pequeña. Loreto y las Palomas poseen dos primarias.

Comercios

Los principales comercios como bancos, distribuidoras de alimentos o enceres domésticos se localizan en el centro de Río Grande, las sucursales bancarias con la que dispone son Banca Serfín, Banco del Centro y Bancomer. Hay 14 CONASUPOS, dos mercados sobre ruedas, tres mercados públicos y 20 centros receptores de productos básicos, se ven escasos puestos ambulantes de periódicos y revistas procedentes de la ciudad de Zacatecas, ocasionalmente alguno de la ciudad de México.

Descripción del lugar donde se impartieron las pláticas

Al principio, el personal del hospital decidió juntar en el Hospital Rural de IMSS Solidaridad número 53 (HRS # 53), a todos los pacientes de las diferentes comunidades con un mismo padecimiento, diabéticos, hipertensos, mujeres embarazadas, etc., al no ser factible, se considero formar, en cada una de las comunidades, los clubes de salud.

A cada uno de estos clubes, se envió un equipo de salud, formado por un médico general, una trabajadora social, una nutrióloga y un odontólogo, todos trabajadores del hospital, un psicólogo y una enfermera, ambos prestadores de servicio social, con el propósito de dar seguimiento al tratamiento e incorporar nuevos miembros.

Cada año el hospital incorpora personas de la misma comunidad para darles un curso de primeros auxilios sobre los temas importantes para la preservación de la salud en la zona. A estas personas se les

llama “jefas de familia” las cuales, cada una, está a cargo de 10 familias.

Sus funciones son:

Avisar y recordarles a sus enfermos sobre las juntas y

Cuando a los enfermos se les acaba el medicamento, ellas se lo proporcionaban para no interrumpir el tratamiento y, así, evitar alguna consecuencia negativa. Ellas recibían el medicamento del hospital.

El traslado del personal del hospital a las comunidades, en un principio fue mediante transporte de la institución, sin embargo, conforme transcurrió el año, esto fue cada vez más difícil porque siempre estaba descompuesto.

El traslado en transporte público trajo varias consecuencias. La primera fue que no se acudía a tiempo a las sesiones, no era posible el llevar material didáctico y de consumo, ni el equipo de somatometría. Otra complicación adicional fue la responsabilidad que asumía el personal de salud, sobre el material y equipo, por ser propiedad del hospital, pues tenía que firmar una responsiva en la cual se comprometía a reponerlo si se llegase a perder o dañar, por lo que se buscó apoyo en las comunidades para que la jefa de familia se responsabilizara del material y equipos en cada comunidad o sector.

La segunda consecuencia fue la confusión generada en los habitantes de las diferentes comunidades, pues al no ver la camioneta

del hospital, creían que el grupo de salud tampoco iba a la comunidad. Esto creaba rezagos, pues en varias ocasiones, había que buscarlos, casa por casa, para que acudieran a la reunión.

Cada comunidad dispuso de un lugar para que se impartieran las pláticas:

Sector II: se reunían en el auditorio de una de las primarias.

Sector III: rentaban por cuatro horas una parte de un salón de fiestas, sin derecho a usar la luz.

San Lorenzo: se reunían en una casa abandonada de construcción de adobe.

Vicente Guerrero y los Carrillo: en un principio las juntas se impartieron en la tarde en un salón de la primaria, posteriormente fue en una construcción en obra negra con piso de tierra, prácticamente a la intemperie.

Loreto y las Palomas: en un salón comunitario pequeño, con luz, sin baño o letrina, piso de cemento y bancas de madera.

Centros de salud

La Secretaria de Salud estableció 23 unidades: una de medicina familiar ISSTE, una de medicina familiar IMSS, un Hospital Rural de Solidaridad IMSS y 20 Unidades Médicas Rurales.

Hospital Rural de Solidaridad # 53 IMSS

En 1987 se abrió el hospital como COPLAMAR, transformándose después en IMSS-SOLIDARIDAD con la finalidad de dar una atención integral en las comunidades en donde se presta el servicio.

Tipo de servicio establecido por parte de la institución.

El Hospital Rural de Solidaridad # 53 IMSS, ofrece atención de segundo nivel, presta servicios en medicina interna y externa. Cubre cuatro aspectos dentro del rubro de salud comunitaria:

- Vigilancia y control epidemiológico: lleva un control sobre el brote de enfermedades transmisibles o no transmisibles por medio de prevención de vacunas y la disminución de la morbi-mortalidad de pacientes en tratamientos.
- Prevención de riesgos y daños a la salud: medicina preventiva se encarga de coordinar las acciones para la prevención, protección en el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Fomento de la salud, educación para la salud y la participación comunitaria: tiene como prioridad incrementar el nivel de salud de las comunidades disminuyendo el riesgo de enfermedades y, prevenir por medio de promoción y educación para la salud con la participación activa de la comunidad.
- Informática: su función es actualizar la tecnología con la que cuenta el hospital para mejorar su servicio.

Organización interna de la unidad de trabajo

Las áreas con las que contaba el hospital eran: una para el cuerpo de gobierno, una de medicina preventiva, un Centro de Enseñanza Nutricional (CEN) que brinda educación para niños desnutridos, un laboratorio, un departamento de enseñanza, un aula de enseñanza, una sala de rayos x, una sala de ultrasonido y 13 consultorios: cinco de medicina familiar, tres de especialidades, uno de odontología, uno de medicina preventiva, uno de urgencias, uno de psicología y uno de quirófano.

Recursos Humanos

Cuerpo de Gobierno

El cuerpo de gobierno estaba integrado por un Director, una Jefa de Enfermeras, un Administrador y un Jefe de Conservación de la Unidad.

Área médica principal

En esta área, estaban contemplados ocho médicos generales nivel 34, encargados del área de hospitalización y consulta externa, un médico cirujano nivel 43 en el área de medicina general (jefe de enseñanza), dos médicos anesthesiologists especialista nivel 43, un medico cirujano especialista nivel 43, 3 médicos residentes por rotación de campo (Gineco-obstetricia, Pediatría y Médico Internista), 1 médico general nivel 34 asignado a la coordinación de vigilancia epidemiológica y medicina preventiva.

Área médica secundaria

Eran 62 enfermeras, 32 auxiliares de media base, 21 suplentes y 9 prestadoras de servicio social, 5 laboratoristas, 1 de base, 1 de confianza, 1 temporal y 2 suplentes, 1 radiólogo, 2 odontólogos de confianza, 1 nutrióloga de confianza, 2 prestadoras de servicio social de psicología y, 3 trabajadoras sociales, 2 de confianza y 1 suplente.

Mobiliario de la unidad de trabajo

Cuenta con 24 camas autorizadas: 3 en ginecología y obstetricia, 12 en pediatría, 8 en medicina interna y cirugía y, 1 en urgencias. Además cuenta con 3 incubadoras.

Transportes

Dispone de tres vehículos (pick up): el primero se utiliza como ambulancia para traslados de urgencia, el segundo para el área de conservación y apoyo a servicios de administración o traslados y el tercero apoya en los servicios de administración, traslados o acción comunitaria.

Actividades efectuadas en las comunidades de Loreto y las Palomas, San Lorenzo, Vicente Guerrero y los Carrillo y los sectores II y III.

Los días que se acudían a las comunidades eran los martes, jueves y dos lunes de cada mes, en un horario de 9:00 a 13:00 hrs. Las actividades se dividían en tres partes, de las cuales dos de ellas se aplicaban mensualmente en cada localidad, la primera consistía, pasar visita a las

persona que estaban hospitalizadas junto con el director del hospital, el equipo de salud al que le tocaba salir esos días y los médicos de guardia.

La segunda parte consistía en la reunión mensual de los clubes de salud, involucrando diferentes ejes como el materno infantil, enfermedades con puerta de entrada vía respiratoria, enfermedades con puerta de entrada vía digestiva, atención al menor de cinco años y enfermedades crónica degenerativas.

Dentro de las actividades continuas ha realizar por parte del área de medicina y enfermería era la toma de signos y dextrostix, principalmente en las personas integradas en los clubes de diabetes, odontología realizaba revisiones buco-dentales, nutrición realizaba el control peso-talla de los infantes, trabajo social y psicología registraban a las personas nuevas con la finalidad de anexarlas a los programas, además de la vigilancia continua de los inscritos en él, en aquellos casos de personas renuentes, se iba a visitarlos a sus casas con la compañía de la jefa de familia, para invitarlos nuevamente a continuar en el programa.

Finalmente el grupo multidisciplinario daba pláticas conforme a los requerimientos del hospital, coordinados en su mayoría por la trabajadora social, es decir, las necesidades dependían de lo que se estuviera presenciando frecuentemente en él, por lo que en esos momentos se

debía de promocionar y dar toda la información necesaria para disminuir tal foco, como el control prenatal, ir en busca de candidatos para la práctica de vasectomía, OTB o salpingo en los adultos o en familias con más de cuatro hijos, infecciones respiratorias o gastrointestinales en niños y adultos.

En la tercera parte se visitaban a las personas rezagadas en sus casas para averiguar las razones por las que se alejaban del programa ya sea por inscribirse en otra parte, cambio de domicilio, haber salido a otras partes o estar de vacaciones, por otra parte en las escuelas de cada localidad se daban pláticas para promover la importancia de la salud.

Actividades continuas y constantes

- Toma de signos en los integrantes del club de diabéticos e hipertensos: presión arterial, revisión de los niveles de glucosa en sangre, peso, talla, revisión bucal y de pies.
- Revisión del tipo y tiempo de ejercicios que se realizan la personas en los clubes de diabéticos e hipertensos.
- Cambiar quincenalmente la secuencia de ejercicios en los clubes de hipertensos y diabetes.
- Visitar a personas rezagadas por su consulta médica mensual en el hospital.

- Búsqueda de candidatos con más de tres hijos para canalizarlos a practicarse la OTB o salpingo, en caso de las mujeres, o la vasectomía en caso de los varones.

Temas impartidos de orientación e información dado por el equipo de salud.

Tema	No sesiones	No asistentes
Educación sexual	40	1,018
Relación madre-hijo en los primeros años de vida	20	1,391
Autovaloración y crecimiento personal	15	776
Campañas de Albendazol y desparasitación	5	660
Encuestas a mujeres en edad fértil (MEF)	5	2050
Cáncer en mama a MEF	5	2050
Peso-talla en niños menores de 5 años	5	358

Capítulo 2

DIABETES: UN PROBLEMA NACIONAL DE SALUD

Panorama evolutivo de la diabetes

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que en 2003 existían alrededor de 140 millones de personas con diabetes en el mundo (Cueva, Mejía, Luengas y Salinas, 2003). Para el mismo año, la Federación Internacional de la Diabetes (IDF, por sus siglas en Inglés), ofrece una cifra de 177 millones de personas con esta enfermedad, de las cuales entre el 85% y 95% padecen diabetes tipo 2 (citado por Federación Mexicana de Diabetes, 2003).

Así mismo la OMS señala que para el año 2030, el número de personas que padecerán diabetes aumentará en el mundo, llegando a 370 millones (Zimmet, Shaw, & Alberti, 2003, citado por Holt, 2004).

Alvarado, Milian y Valles (2001) mencionan que la diabetes era una enfermedad rara en el nuevo mundo hasta principios del siglo XX, sin embargo, en las últimas décadas ha mostrado incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en todo el planeta, especialmente en el

continente Americano (Rodríguez, López, Rodríguez y Jiménez, 2003), ejemplo de ello son los 15.7 millones de personas que en Estados Unidos de Norteamérica la tienen, y cada año se diagnostican 798 mil casos nuevos (Tenorio, Guerrero y Torres, 2000).

México ocupa el noveno lugar mundial en incidencia de diabetes y de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio. Actualmente, la cantidad de personas con diabetes en nuestro país asciende a 5.2 millones, de lo cuales el 24% desconoce que la padece (SSA, 2002), y sólo en 1999, se diagnosticaron 226 mil 865 casos nuevos (Tenorio, et al. 2000), debido a esto representa uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia (Cueva, et al. 2003).

Para América Latina, la OMS (citado por Federación Mexicana de Diabetes, 2003), calcula que, en 1999, de 5 millones 687 mil muertes, el 3.7% la tuvo como causa. Particularmente, en nuestro país, al ser la primera causa de muerte, es un problema de salud nacional, pues ha generado que cada dos horas mueran 11 personas (NOTIMEX, 032705).

Definición de diabetes mellitus

Definición etimológica

El término diabetes proviene del griego y significa “pasar a través”. El término mellitus proviene del latín y significa “enmielado”. Diabetes hace referencia a la excesiva emisión de orina por parte del paciente, como si

el agua lo atravesara a grandes velocidades. Mellitus hace alusión a la cantidad de azúcar en la orina (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997).

Definición conceptual

Para Drury (1991), la diabetes es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia crónica (con o sin glucosuria). En la persona con diabetes la glucemia esta anormalmente alta debido a la falta de acción insulínica a nivel celular.

La diabetes es definida por Aguilar (1990), como un problema endocrino que consiste en una disminución de la producción de insulina o modificaciones en su formula química, por lo que resulta incapaz de mantener la glucosa sanguínea dentro de los límites normales, provocando su elevación y la imposibilidad del riñón para eliminarla a través de la orina.

Islas y Lifshitz (1993), mencionan que la diabetes es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasa y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta.

En la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2001, (NOM-015-SSA2-1994, 2001), se define como:

3.16 Diabetes,... enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

En esta misma norma se menciona que los dos tipos de diabetes más importantes son:

3.17 Diabetes tipo 1... existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

3.18 Diabetes tipo 2... hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

La diabetes tipo 1 también es conocida como diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) y el tipo 2 como diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID).

Tratamiento de la diabetes mellitus

El tratamiento de la diabetes debe regirse por las indicaciones de la NOM-015-SSA2-1994, 2001, donde se menciona:

11.1 El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

11.3.5 El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.3.6 El manejo farmacológico se iniciara en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de glucemia sintomática.

11.4 Manejo no farmacológico

11.4.1: Es la base para el tratamiento del paciente diabético y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

11.4.2 Es responsabilidad del médico...inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad.

Factores de riesgo

Para Uribe y López (2001), existen factores de riesgo no modificables (como la edad y el género) y modificables (como la obesidad), cuyo conocimiento permite aplicar medidas preventivas en la práctica clínica, así como en programas de salud poblacional. Entre los factores de riesgo mencionados por estos autores se encuentran: edad y género, raza, concentración sérica de glucosa, obesidad, lípidos plasmáticos, tensión arterial, agentes químicos y fármacos, entre otros factores de riesgo metabólico.

Los mismos autores mencionan que se ha observado un riesgo mayor de desarrollar diabetes en personas con elevación del ácido úrico (hiperuricemia), hemoglobina elevada o disminución de la capacidad vital pulmonar.

Otro tipo de factores de riesgo son aquellos relacionados con el estilo de vida, ejemplo de ello son aquellas personas que cambian su estilo de vida de oriental a occidental pues tienden a desarrollar diabetes con mayor frecuencia. Asimismo, sociedades con estilos de vida "modernos" tienden a tener mayor incidencia de la enfermedad (Uribe y López, 2001).

No obstante, en estudios relacionados con la población mexicana radicada en Estados Unidos, se observó que al adoptar las costumbres de ese país, se presenta una menor ocurrencia de obesidad y diabetes, en relación con aquellos que no cambian sus costumbres (Islas y Lifshitz, 1993).

A pesar de que la actividad física disminuye la resistencia periférica a la insulina y modifica el metabolismo de la glucosa; no es una evidencia de que la falta de este incremente el riesgo a desarrollar la diabetes tipo 2, si bien la hipótesis de la inactividad física incrementa el riesgo a desarrollarla, lo que podría explicar la diferencias en la ocurrencia entre el medio urbano y el medio rural o el incremento en el siglo XX (Islas y Lifshitz, 1993).

Complicaciones de la diabetes

Houston (1978), menciona que algunas de las complicaciones presentes con mayor frecuencia en las personas con diabetes son:

En los ojos:

- a) Retinopatía diabética
- b) Cataratas diabéticas
- c) Iritis Rubeosa

En los vasos sanguíneos:

- a) Falta de pulsos periféricos
- b) Hiperlipidemia

- c) Neuropatía simpática
- d) Edema idiopático de los tobillos

En el sistema nervioso:

- a) Neuropatía periférica
- b) Mononeuritis múltiple
- c) Radiculitis (rara)
- d) Lesiones del sistema nervioso autónomo

En el sistema urinario:

- a) Pielonefritis
- b) Alteraciones arteriales
- c) Necrosis papilar
- d) Insuficiencia renal aguda
- e) Insuficiencia renal crónica

En la piel:

- a) Infecciones cutáneas
- b) Furúnculos
- c) Moniliasis vulvar
- d) Xantomas cutáneos
- e) Alteraciones de la piel por inyecciones de insulina

Capítulo 3

ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA EL CONTROL DE LA DIABETES

En México, dentro del ámbito hospitalario, se efectuaron diversos programas para la detección de la diabetes. A finales de la década de los setentas, el IMSS creó un programa de detección oportuna de diabetes, aumentando el número de diagnósticos de casos nuevos en personas derechohabientes con factores de riesgo (Rodríguez, López, Rodríguez y Jiménez, 2003).

Al ser alarmante el incremento de personas con diabetes, la Secretaría de Salud en el año 2000, puso en marcha el Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, el cual realizó, en ese año, 14 millones de detecciones. Este programa continúa vigente y, en 2002 se pretendía que, para el 2007, se alcanzaran 23 millones de detecciones, además de continuar apoyando la labor de los 5 mil 500 grupos de autoayuda en el país (SSA, 2002).

En el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, se estableció un programa de salud enfocado a la población adulta y anciana, en el cual se preconizaban los cambios dentro del perfil epidemiológico, al establecer acciones específicas para proteger la salud de esta población, enfatizando en las patologías que, por su periodicidad y consecuencia, significan un factor importante de enfermedad (Velázquez, Lara y Peña 2003).

Dentro del mismo programa se espera detectar de manera sistemática y oportuna, la presencia de casos de diabetes en poblaciones mayores de 25 años, para establecer un manejo adecuado de la enfermedad, con la finalidad de disminuir el daño a órganos y tejidos, reducir las complicaciones, la discapacidad y las muertes prematuras, además de crear diversas acciones de promoción y educación para la salud, que permitan identificar y controlar los factores de riesgo en poblaciones propensas (Velázquez et al. 2003).

Los mismos autores añaden que en 1997, gracias al intenso y continuo trabajo de los Servicios Estatales de Salud, se llegó a duplicar el número de personas inscritas a los grupos de autoayuda.

Diabetes: terapéutica institucional

En la actualidad, el modelo de atención a la diabetes sigue siendo el médico. Sin embargo, a pesar de que la atención a la diabetes debe

regirse por las indicaciones de la NOM-015-SSA2-1994, 2001 en la cual se menciona:

11.4.2 Es responsabilidad del médico preferentemente apoyado con equipo multidisciplinario a inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo.

Empero, la persona con diabetes es referida al médico y lo que hace éste es prescribirle, básicamente, hipoglucemiantes orales y sólo en pocas ocasiones indica cambiar su alimentación e incrementar la cantidad de actividad física (Mercado, 1996).

Atención médica para la diabetes

La atención médica a personas con diabetes, debiera consistir en prescribir un plan alimentario y uno de ejercicio físico, y sólo en caso de que estos recursos no sean suficientes, se deberán prescribir fármacos (Dolger y Seeman, 1991; Krall y Beaser, 1991; Möler, 1994; Zárate, 1997), como lo indica la NOM-015-SSA2-1994, 2001:

11.3.5 El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que este tipo de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.3.6 El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobretodo en presencia de hiperglucemia sintomática.

11.3.7 Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que, de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés), considera que para llegar a un cambio en la alimentación, es

necesario educar a la persona de la mejor manera posible, además, debe llevar un programa progresivo, el cual debe incluir aprendizajes, conocimientos y habilidades en programas de educación continua y de reforzamiento, tarea que debe ser multidisciplinaria (Diabetes Care, 2001).

Para Cardoso (2002) la finalidad del ejercicio en las personas que padecen diabetes es establecer cambios metabólicos, cardiovasculares, respiratorios y hormonales, que aunado a un régimen dietético y a uno farmacológico, beneficiará a la persona para controlar su diabetes, pues el ejercicio facilita la absorción por los tejidos de nutrientes vitales como la glucosa y los aminoácidos.

Las personas que logran adherirse al plan de alimentación y actividad física, en teoría, debieran ser capaces de mantener, de forma constante, niveles normales de glucosa durante años, sin grandes cambios, excepto durante enfermedades, infecciones, cirugía, embarazo y otros padecimientos o situaciones que alteran el metabolismo, y en consecuencia puede disfrutar de la vida sin mayores complicaciones (Kilo y Richmond, 1991).

La prescripción de fármacos, debe hacerse cuando la dieta y ejercicios no han dado los resultados esperados, y, aún cuando se les utilice, se deben tomar medidas para disminuirlos gradualmente hasta

eliminarlos del tratamiento para el control de la diabetes (NOM-015-SSA2-1994, 2001).

Atención de Enfermería

La participación de enfermería, se da en tres niveles de atención (Cardoso, 2002):

1.- Promoción a la salud. Se facilita información a la sociedad por medio de trípticos, carteles, pláticas y, en caso de ser necesario, visitas a domicilio.

2.- Tratamiento de la enfermedad. Se encarga de promover la educación a poblaciones cerradas o determinadas:

- Infórma sobre la diabetes de manera general y especifica cada uno de los tipos.
- Instruye el autocuidado, la higiene personal, el cuidado del pie diabético, de la piel y la atención de heridas.
- Explica el empleo, cuidados, control de la toma, etc., de los fármacos.
- Ofrece diversos tipos de atención a la persona con diabetes, como la aplicación de diversas curaciones, etc.

3.- Seguimiento y rehabilitación. Interviene para la prevención de complicaciones mediante la vigilancia o seguimiento de la persona con diabetes, incluso puede dar atención especializada como es la rehabilitación.

También colabora con la atención que da el médico al paciente, por medio de la descripción y registro de los signos vitales como peso, tensión arterial, temperatura, y signos glucémicos por medio de las tiras reactivas para sangre y/o orina, entre otros.

Tratamiento odontológico

Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia y afectan la boca de la persona con diabetes son dos, la caries y la periodontopatía, esta última afecta la encía (Zárate, 1997; Buendía, Fernández y Garza, 1980).

Para Cardoso (2002) el tratamiento odontológico consiste en cuatro aspectos:

- Saneamiento básico. Es la limpieza meticulosa de los dientes y la aplicación de flúor.
- Reconstrucción de piezas dentales.
- Extracciones dentales en casos extremos.
- Educación para la salud. Instruir en la técnica adecuada de cepillado, y el control de la placa dentobacteriana, así como un plan alimentario.

Atención psicológica

La atención psicológica a personas con diabetes, pretende promover y establecer la adherencia al tratamiento médico de la persona con diabetes, la cual al implicar una gran diversidad de conductas, ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo (Ginarte, 2001).

Según Meichenbaum y Turk (1991), algunas de estas conductas son las siguientes:

- Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida.
- Evitar comportamientos de riesgo para la salud (fumar, beber alcohol, usar drogas, etc.).

Noah (1997), menciona a las técnicas de autocontrol, la identificación y manejo del estrés, y la identificación de ideas irracionales como áreas de trabajo que debe cubrir la adherencia terapéutica. El autocontrol es un recurso importante para coadyuvar a mantener la glucosa en niveles aceptables. Con base en los hábitos y costumbres de la persona, tiene la meta de regular el plan de alimentación prescrito por el médico. Además contribuye a:

- Modificar hábitos alimentarios.
- Regular la toma de medicamentos, la realización de ejercicios y la práctica del aseo dental.

El entrenamiento en técnicas de afrontamiento y de relajación muscular consigue el control de estrés psicológico (Oppenheim, 1988),

debido a que mediante dichas técnicas se producen modificaciones en el organismo: baja la presión sanguínea disminuyendo el trabajo cardíaco, hay menor consumo de oxígeno y mayor relajación de los vasos sanguíneos (Davis, Robbins, y McKay, 1986).

Con base en lo anterior, podemos concluir que con las estrategias institucionales para el control y prevención de la diabetes que se han implementado, la diabetes debería estar controlada, sin embargo sigue avanzando inconteniblemente, deteriorando la calidad de vida y cobrando cada vez mayor número de muertes entre la población mexicana.

Capítulo 4

PACIENTE-ENFERMEDAD VS. PERSONA-PADECIMIENTO

El otro ángulo

Con los avances científicos y tecnológicos actuales, la diabetes debería estar controlada. La American Diabetes Association (2004), ha declarado que los latinos deberían tener su diabetes bajo control. Al respecto Cardoso (2002 p. 15) indica:

... al menos en teoría, con los recursos anteriormente descritos, debería ser suficiente para que una persona con diabetes pudiera vivir sin que su enfermedad le generara complicación alguna, o por lo menos éstas podrían ser retardadas de tal suerte que la diabetes no debiera impedirle desarrollar sus actividades cotidianas.

Una probable razón de esto es que, en la práctica médica cotidiana, las personas son tratadas como pacientes dependientes totalmente de lo que el médico haga por ellas, y como los médicos tratan enfermedades, y no padecimientos, se soslaya el aspecto humano de las personas (Pascual 2005).

Vázquez (2002) menciona que al médico tradicionalmente se les enseña, en las escuelas de medicina, a ver su papel como poseedor de absoluta verdad y autoridad, a tomar decisiones para los pacientes, y no con los pacientes, a hacerse cargo de los problemas con base en sus conocimientos y habilidades, a ser objetivos, analíticos, fríos y racionales, lo cual puede observarse en la atención médica que se brinda a las personas.

Atención médica

Conforme a la Norma oficial Mexicana del expediente clínico y del reglamento de la Ley General de Salud NOM-168-SSA1-1998, la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud (Diario Oficial, 1998; Dobler, 2002).

Algunos apartados que componen la atención médica son, expediente clínico, autorización y consentimiento informado, receta médica, constancias y certificados (prenupcial, médico, defunción, muerte fetal), notificaciones o avisos y el dictamen médico, los cuales conforman la consulta médica.

Médico-Paciente

En el momento que una persona enferma se acerca a algún profesional de la salud, con las capacidades científicas necesarias, para que le elimine su enfermedad, o al menos los síntomas y signos derivados de

ésta, inicia la consulta médica, la cual está conformada por diversos aspectos entre los que destaca la relación médico-paciente.

Para Jinich (2002) la relación médico paciente es diversa porque variará dependiendo del tipo de necesidades, expectativas, fantasías, ideas, conocimientos, conceptos, habilidades, mitos y emociones, de tipo consciente o inconsciente, de cada individuo y del papel que juega el médico.

Al restringir la atención médica al conjunto de síntomas, signos y datos de laboratorio y gabinete de un paciente, se ignora la sociedad a la que pertenece, su cultura, sus esquemas mentales, sus dudas, sus temores, sus ansiedades e ideas, se desconoce al enfermo, se desprecia lo que expresa y sólo se extrae lo que interesa al paradigma biológico-lesional de la medicina (Jinich, 2002), es decir, se olvida de las personas y sus padecimientos para tratar pacientes y enfermedades.

Paciente - Enfermedad

El término paciente proviene del latín *Patines, patientis*, de *pati*, que significa padecer, sufrir. Un paciente es aquel que padece física y corporalmente, es el doliente, el enfermo (Diccionario Enciclopédico Salvat, 1978).

Para Gispert (2001) paciente es aquella persona que acude al médico con problemas de salud y necesita ayuda para resolverlos.

Martínez (2003) menciona que es la persona que padece o sufre un

problema de salud y por tal razón busca atención médica o se somete a participar en lo que ésta implica.

Para Pichardo (2004), ser “paciente” implica tener un rol pasivo para adherirse a la prescripción médica y olvidarse de ser el actor principal en el tratamiento, además debe olvidarse de ser persona.

En este sentido, tratar pacientes significa tratar seres pasivos que físicamente funcionan mal, y diseñar tratamientos para enfermedades de las que éstos son portadores (Pascual, 2005).

La enfermedad puede ser definida en un sentido estricto como un estado anormal del cuerpo que resulta de efectos, procesos, sustancias perjudiciales o accidentes, es reconocida mediante procedimientos objetivos como cambios estructurales o condiciones anormales y reveladas por métodos químicos, físicos o biológicos, es objetiva y reconocida mediante la observación de los médicos (Seguin, 1982).

Para Tweddle (citado en Seguin, 1982), la enfermedad es un fenómeno “objetivo”, que puede medirse por las pruebas de laboratorio, la observación directa y otros “signos”.

Para Mercado (1996) el término enfermedad hace referencia únicamente a las anormalidades en la estructura y/o función de los órganos y sistemas, así como a los estados patológicos, y no toma en cuenta la parte psicológica y social.

Jiménez (1998) indica que uno de los aspectos que hacen referencia a la enfermedad, son las condiciones patológicas de nuestro organismo y que pueden ser diagnosticadas clínicamente por el profesional de la salud.

En este sentido, seguir ofreciendo a las personas un trato deshumanizado, tratándolas como objetos, sujetos, expedientes, números, etc. y diseñar tratamientos para curar sus enfermedades sin tomar en cuenta su padecimiento, genera en ellas un sentimiento de haber sido violentadas y en consecuencia una desconfianza hacia la medicina, los médicos, y los tratamientos.

Violencia en el trato médico

La violencia se puede considerar como epidemia, pues está presente en varias formas y se puede dirigir hacia uno mismo o hacia otros. Incluye todo tipo de abusos como humillar, degradar o dañar el bienestar de otra persona, incluso su dignidad. La violencia se hace presente en conflictos como la guerra, o que involucren diferencias de religión, educación, orientación sexual y aun en grupos profesionales que afecten su lugar de trabajo (Consejo Internacional de Enfermería, 2005).

Otra forma de manifestación de la violencia es la burocracia médica, por generar un aumento innecesario de tensiones en la gente, multiplicándole la dependencia inhabilitante, generándole nuevas y

dolorosas necesidades, además de la disminución en la tolerancia al malestar y al dolor (Restrepo, 1996).

En este sentido, la falta de comunicación entre los usuarios y el equipo de salud muestra violencia, pues frecuentemente, en la mayoría de las dependencias de salud, al dar alguna explicación para obtener el servicio se hace de manera golpeada o incompleta, resultando en el maltrato a pacientes y empleados (Franchi y Saro, 1999).

De la misma forma, el lenguaje médico, cargado de categorías científicas, se convierte en un cuerpo de proposiciones tautológicas que al ser transmitidas al paciente en una comunicación corriente, toma la forma de un lenguaje narcisista que descalifica de entrada a los usuarios de los servicios médicos, bloqueando sus posibilidades expresivas (Restrepo, 1996).

Siguiendo con este autor, el lenguaje de la institución médica, atento básicamente a la comodidad y eficacia de los terapeutas, impone a los familiares y al doliente un silencio forzoso que sanciona y perpetúa la comunicación en las consultas médicas. Arrancarle las palabras al paciente, con la única finalidad de manipularlo como si fuera un objeto de estudio, utilizando su cuerpo, según el interés médico, es innecesario, pues el principal beneficio de esto, es mostrar la credibilidad o eficacia técnica del terapeuta.

Despersonalización en la relación medico-paciente

Si bien la principal función del médico es el bienestar de las personas, no siempre se cumple, pues el exceso de trabajo genera que tengan un trato indiferente hacia quienes acuden por sus servicios y la salud de éstos continúa deteriorándose.

En la terapéutica institucional, el médico no escucha a las personas por el hecho de tener una gran fila esperando su turno, debido a que las instituciones públicas están más interesadas en los ingresos y egresos de pacientes en los hospitales y en la productividad que el médico promueve, transformando su labor en un sistema industrial (Abreu, 1993).

Para Cano (1988) el médico contemporáneo se muestra deshumanizado, acusándosele de desafecto con el paciente, pues no lo conoce por su nombre sino por su número de cama, expediente o caso, es decir, lo convierte en objeto visto como "portador" de enfermedades o terreno donde éstas se desarrollan.

Para Restrepo (1996) el médico se instruye en el manejo masivo de cuerpos, y bajo patrones estandarizados aprende a ver a las personas como números y con una mirada anátomo-patológica, por lo que éstos pierden su singularidad.

Iceta (1996, citado por Burgos y Paravik, 2003) considera que está despersonalización creciente, hace ver a la persona en un segundo plano, ya sea por el aumento de la demanda asistencial, o bien, por la

tecnificación de la atención de salud otorgada en los hospitales e instituciones afines, donde se ha incrementado la actitud deshumanizante entre los prestadores, al reducir la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, y encasillarlo por su enfermedad.

Los equipos de salud tratan a los pacientes en segundo plano, mostrándolo con actitudes como: no identificarse previamente cuando van a atenderlos, hacer comentarios de otro paciente en su presencia, realizar procedimientos sin su consentimiento, trasladarlos de sala sin explicación alguna, usar terminología técnica que imposibilita la comprensión del paciente, aunado a lo anterior, tratan de exagerado el dolor de las personas, lo cual acentúa su incomodidad y molestia (Henderson, 1988 citado por Burgos y Paravik, 2003).

Los profesionales de la salud en la consulta médica otorgan una mínima atención a las circunstancias singulares de las personas enfermas, a pesar de haber interrogatorio, no existe el dialogo, se le realiza una historia médica, más no una entrevista clínica, prestando más atención a la enfermedad que al enfermo (Cano, 1988).

Una genuina relación medico-paciente debe ser capaz de generar una atmósfera de confianza, comprensión, respeto, que permita al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos (Jinich, 2002). Una alternativa para generar esta relación es que los

profesionales de la salud tomen en cuenta a las personas que acuden por sus servicios, dejen de verlos como pacientes, y no sólo traten de aliviarles sus enfermedades, sino tomar en cuenta su padecimiento.

Persona - padecimiento

Para Martínez (2003), la persona es una actividad vivida, de autocreación, de comunicación y de adhesión, una unidad somatopsíquica y sociocultural que vive, piensa, percibe, interpreta y responde a su manera a la enfermedad, al médico y a la medicina.

Persona es un concepto, de referencia imprescindible, que necesitamos para entender al hombre como una unidad hecha de pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos y conductas que emergen de la materia del cuerpo humano y que se valen de él para expresarse, unidad en la que intervienen la sociedad y la cultura, tanto en su conformación como en su expresión (Martínez, 2003).

El mismo autor menciona, para las ciencias biomédicas, la persona es una entidad viviente, tiene su raíz en el cuerpo humano, pero este material de origen biológico toma forma con la participación de la sociedad. Tratar personas hace necesario reconocer que éstas no sólo enferman, sino que padecen su enfermedad (Pascual, 2005).

El término padecimiento da cuenta de cómo los sujetos y/o miembros de su familia o su red social más cercana, conciben,

interpretan y responden a los síntomas y a las limitaciones derivadas de la misma enfermedad (Mercado, 1996).

El padecimiento está formado por varios elementos como son: las ideas de la persona sobre la salud, las experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes respecto a la enfermedad en general o referentes a la enfermedad que tiene o imagina tener, las experiencias, conocimientos y actitudes de y ante la medicina y los médicos, la manera como siente y vive sus redes de apoyo psicosocial y afectivo, la religiosidad, las reflexiones, certezas o suposiciones de ellas sobre el costo en dinero de la enfermedad y su tratamiento (Martínez, 2003).

Seguin (1982), menciona que el padecimiento generalmente se origina en el cuerpo de las personas, por la percepción e interpretación personal de los síntomas y signos de la enfermedad y por la manera como se vivencia la incapacidad del cuerpo para cumplir con lo que la persona espera de él.

Para Cardoso (2002) es conveniente estudiar la experiencia del padecimiento porque es primordialmente en el hogar donde se padecen las consecuencias de enfermedades crónicas como la diabetes y las dificultades para vivir con los tratamientos prescritos.

Capítulo 5

DUELO

En nuestro diario vivir ocurren eventos significativos que generan modificaciones personales y familiares, tales modificaciones, en ocasiones, traen consigo pérdidas de algunos objetos, personas, lugares, pensamientos, expectativas, la salud, etc., a los que se está estrechamente unido, lo cual puede generar desesperación, pues es difícil aceptar tales pérdidas.

En el momento de experimentar dichas pérdidas se vive un proceso de duelo, en el cual, la persona atraviesa por diferentes etapas que le ayudarán a aceptar lo sucedido.

Definición

La raíz etimológica de la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, lástima, aflicción o sentimiento (Diccionario Enciclopédico Salvat, 1978) y con frecuencia se relaciona con la muerte.

Para Freud (1917), el duelo es una reacción frente a la pérdida de un ser amado o hacia una abstracción como la patria, la libertad, un ideal, la salud, es decir, aquello que simbolice la pérdida de un objeto amado. De acuerdo a Linderman (1944), el duelo es un síndrome específico, es un proceso en el cual se rompen los lazos afectivos que unían a dos personas. Para Meyer (1983), el duelo es la inmersión al dolor por el abandono del objeto, por la unión que se tenía con él y para De la Fuente (1998), el duelo es el prototipo de la reacción humana ante la pérdida de objetos a los cuales estamos estrechamente ligados, como son: personas, situaciones, ideas, esperanzas, meras posibilidades, etc.

Fases o etapas

Las etapas que atraviesa una persona al tener una pérdida significativa, según O'Connor, (1997) son:

a) Negación. Es el entumecimiento y la incredulidad que protegen al afligido de la angustia.

b) Rabia. Es el temor a no poder satisfacer las necesidades propias, a tomar las decisiones apropiadas, a ser capaz de manejarse financiera, emocional y físicamente. En esta etapa se puede sentir rabia hacia Dios, hacia la persona o hacia la entidad por abandonarlo. Si dicha rabia se proyecta por mucho tiempo hacia otros, se hunde en la amargura, el resentimiento y la enajenación.

c) Culpa. Surge después de haber hecho, dicho o pensado algo, pero en realidad no se deseó haberlo realizado.

d) Negociación. Prosigue en nuestra mente como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la pérdida, como el desear una nueva cura, un milagro, prolongarse la vida hasta una fecha de celebración como la navidad o hacer un trato con Dios.

e) Depresión. Es el enojo dirigido hacia uno mismo. Incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza, impotencia, perturbación en el ánimo, tristeza, decepción, soledad, aislamiento y se desvanece el goce para realizar las actividades previas.

f) Aceptación. Se puede hablar de la pérdida sin expresar emociones de anhelo y tristeza, sin necesidad de aferrarse al pasado y a su recuerdo, se empieza a ver las cosas con realismo, hacer planes para el futuro y vivir en el presente.

Para De la Fuente (1998) las fases del duelo son:

a) Negación. Si la pérdida de la persona o entidad amada es súbita e imprevista, la reacción inicial es de incredulidad y hay resistencia en aceptar el hecho, si no es súbita y ha sido imaginada muchas veces, el evento es menos traumático. La reacción humana inicial, ante la pérdida inesperada, es la negación.



b) Aflicción, cólera y quizá la culpa. Esta fase es un estado de excitación, alarma, inquietud e hiperactividad, acompañada de alteraciones fisiológicas tales como el insomnio, pérdida de peso, etc. La aflicción generalmente no es continua, sino que viene por oleadas.

c) Restablecimiento del equilibrio. El proceso que se inicia con la negación del hecho, culmina con su aceptación y el restablecimiento del equilibrio.

Etapas de duelo ante una enfermedad mortal

De acuerdo con Kübler-Ross (1989), algunas etapas de duelo, en personas que sufren una enfermedad mortal, son las siguientes:

a) Negación y aislamiento de la realidad. La persona piensa que no es posible que tal cosa le ocurra a él, pasa por un estado de shock y ansiedad.

b) Ira. Las personas que padecen una enfermedad mortal expresan rabia y resentimiento de varias maneras y hacia diferentes personas.

c) Pacto o regateo. La persona trata de impedir que se cumpla la sentencia haciendo méritos para obtener una extensión de su vida.

d) Depresión. La persona asimila la idea de la muerte y se pone de duelo por su propia muerte.

e) Aceptación. La persona encontró paz y espera su sentencia.

Reacciones emocionales de las personas con diabetes

Para Lipkin y Cohen (1980), las reacciones emocionales de una persona que pierde su salud al enfermar de diabetes son:

a) Autonegación. Es una actitud difícil de asumir y que la persona tiene que aceptar como práctica cotidiana.

b) Sentimientos de pena y extrañeza. Al tener que inyectarse insulina en algún evento social como ir de viaje, al trabajo o a la escuela.

c) Frustración. Se presenta al sentir fatiga ante la disminución de energía, lo que le impide realizar sus actividades cotidianas.

d) Alteración de la autoimagen: Algunas mujeres tienen la sensación de ser poco atractivas por sudar en exceso, de ser incapaces de atraer a los hombres y hacer nuevas amistades.

e) Temores. Surgen temores a sufrir otras enfermedades, miedo a la invalidez física, duda de poder embarazarse en las mujeres, y por último, a la muerte.

Para Krall y Beaser (1992), la diabetes puede despertar fuertes reacciones emocionales como son:

a) Negación. La persona se comporta como si en realidad no existiera su enfermedad. Esta etapa puede llevar a que se actué de dos formas, en la primera se puede ser optimista y cuidarse y, en la segunda, no tomar el papel activo que le corresponde, descuidándose y facilitando la presentación de futuras complicaciones.



b) Temor. Se presenta junto con ansiedad en personas con previos conocimientos negativos de la enfermedad.

c) Culpa. Es la tercera respuesta más común al diagnóstico de diabetes, con demasiada frecuencia se culpa a la familia de haber provocado la aparición de la enfermedad.

Figuerola (1997), menciona algunas reacciones emocionales por las que pasa una persona con diabetes, las describe secuencialmente en diferentes estadios de un proceso:

a) Buscar la causa y el culpable. Es mucho más difícil aceptar la fatalidad sin motivo de creer que algo o alguien son responsables del hecho, el culpar a un agente externo disminuye el temor de aceptar la idea de la autoagresión inmunológica.

b) Reacción progresiva. El sujeto afectado hace valer su condición de desvalido consiguiendo literalmente tiranizar a los demás, manejándolos de forma arbitraria y caprichosa.

c) Depresión reactiva. Se manifiesta por una pasividad absoluta y, en cierto modo, una negación al problema. La enfermedad supone un golpe tan fuerte que se empieza a creer que nada tiene sentido. El individuo se aísla y busca el consuelo de la soledad y el silencio.

d) Negación a aceptar las limitaciones originadas por la enfermedad. El individuo afectado trata de olvidar las inevitables

limitaciones, consecuencia de la enfermedad, y tiende a comportarse como si todo fuera igual que antes.

e) Respuesta de temor. Se trata de una reacción muy típica, ocasionada por las informaciones que el paciente recibe después del diagnóstico. Estas informaciones hacen referencia a otras personas con diabetes que han evolucionado mal y han tenido complicaciones graves.

Duran (2002) menciona que todas las persona que reciben el diagnostico de diabetes, experimentan cuatro momentos.

Negación. Es cuando la persona siente y piensa que la enfermedad no es parte suya y considera que no debió haberle atacado, pues llevaba una vida ordenada, era una buena persona y estima que es imposible que la diabetes se instale en su vida.

Temor. En la persona surge miedo a quedar invalido y/o a morir por causa de la enfermedad, ser derrotado por ella provoca frustración y depresión, alterándole física, psicológica y socialmente. Dicho temor se presenta gracias al desconocimiento de la historia natural de la enfermedad y de las medidas para controlarla.

Súplica. La persona con diabetes solicita al médico, familiares, brujo, curandero y demás personas que le ayuden a cualquier precio a deshacerse de la enfermedad. Muchos pierden grandes cantidades de dinero con el fin de conseguir una cura.

Aceptación. Es el momento en que la persona enferma acepta vivir con la diabetes, ha reorganizado su vida, y ha buscado información acerca de su enfermedad.

Expresiones normales del duelo

Para Lindermann (1944), las personas que se enfrentan al duelo siguen un patrón uniforme y describe el siguiente síndrome: "sensaciones de angustia física que se presentan en periodos de 20 minutos a una hora, sensación de opresión en el pecho, dificultad para respirar, necesidad de suspirar y una sensación de vacío en el abdomen, falta de fuerza muscular y una intensa angustia subjetiva descrita como tensión o dolor psíquico".

A partir de la definición de este síndrome, se han realizado diversas investigaciones que ofrecen una idea completa acerca de las expresiones normales del duelo, las cuales son: emocionales, físicas, cognitivas y conductuales.

Expresiones emocionales

Las expresiones emocionales incluyen una vasta gama de sentimientos como la tristeza, el enojo que puede llegar a la ira dirigida hacia la pérdida, hacia otros o hacia sí mismo, culpa que por lo general no cuenta con una base lógica, ansiedad ante el hecho de estar solo, soledad, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio e insensibilidad o bloqueo (Lindermann, 1944 citado en Greenberg, 1985; Worden, 1991).

Para Worden (1991), las manifestaciones emocionales más comunes en el proceso de duelo son: tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, anhelo, emancipación, alivio y embotamiento.

Expresiones Físicas

Parkes (1972) señala al llanto y el sollozo como expresiones físicas del duelo. Para Worden (1991) la sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho o garganta, sensibilidad al ruido extremo, asfixia, debilidad muscular y boca seca, son las expresiones físicas, mientras que para O'Connor (1997) hay presencia de dolores, indisposiciones, fatiga, mala digestión, perturbaciones en el sueño. Kalish (1985) hace mención de que afecciones cardíacas, dolores de cabeza, indigestión, vómitos, palpitaciones y dolores en el pecho se han asociado a una pérdida importante.

Expresiones Cognitivas

Algunas expresiones cognitivas del duelo son: incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones, necesidad de buscarle un sentido a la pérdida, cambios en las creencias acerca del mundo y de sí mismo, por último el doliente busca la manera de tener presente la memoria del objeto perdido (Bowlby, 1982).

Expresiones Conductuales

Aparecen trastornos del sueño y el apetito que pueden reflejarse en disminución o aumento en tales conductas, comportamiento distraído errático, intensa actividad sin propósito ni organización (hiperactividad), aislamiento que puede ser un reflejo de la pérdida de interés en el mundo externo y llanto (Lindermann, 1944 citado en Greenberg, 1985; Worden, 1991).

Duelo patológico

Existen diferentes maneras en las que se puede observar la manifestación de un proceso de duelo que ha tomado un curso patológico. Para Bowlby (1982), Reyes (1991), Worden (1991) y Albengózar (1994), las variantes de duelo patológico son: crónico, ausente o inhibido y aplazado.

Duelo crónico

El duelo crónico se refiere a una respuesta intensa y prolongada del mismo, se caracteriza por un estancamiento en la depresión y la resistencia a aceptar la pérdida como un hecho definitivo, predominan la ansiedad, el desconsuelo, la desesperación, los autoreproches e intensos accesos de llanto y/o de cólera (Glick, 1974 y Parkes, 1975, citados en Bowlby, 1982).

Freud (1917) se refirió a la melancolía como la manifestación patológica del duelo crónico, donde al cuadro normal se agrega un

enorme empobrecimiento del yo que se refleja en repetidos autoreproches y necesidad de castigo que le conducen a la denigración del propio yo.

Duelo ausente o inhibido

La persona rehuye a cualquier recuerdo de pérdida y muestra jactancia por su autocontrol, actuando como si nada hubiera ocurrido, no obstante se muestra recia en aceptar el consuelo y la simpatía de otros. Se brindan cuidados excesivos a otras personas, es decir, traslada su propia tristeza y necesidad de consuelo. Frecuentemente padece de dolores de cabeza, úlcera, taquicardias, insomnio, pesadillas, estallidos de tristeza (Bowlby, 1982).

Duelo aplazado

Esta variante de duelo patológico se desencadena al momento de sufrir una pérdida, en apariencia menor, a una pérdida anterior que no fue aceptada, al alcanzar la edad que tenía el ser amado al morir (p. ej. el padre). Puede ocurrir que al paso del tiempo la persona se llegue a sentir infeliz en su vida y con sus relaciones interpersonales. El riesgo de patología aumenta en la medida en que sea mayor el lapso de tiempo que trascurra sin elaborar el duelo (Bowlby, 1982).



Reacción del paciente ante la enfermedad: algunos casos representativos del Municipio de Río Grande, Zacatecas

La literatura menciona que hay varias maneras de reaccionar ante una pérdida, por lo que es necesario tomar en cuenta que los valores, principios y creencias varían dependiendo del lugar, del estrato social, la condición económica, el nivel educativo, la religión, entre otros factores.

Se mencionaran cuatro casos en los cuales se puede observar como la desconfianza de las personas hacia los médicos se encuentra presente, lo que genera dificultad para la elaboración del proceso del duelo y aceptar su enfermedad como una nueva forma para vivir.

“Me regañó por no haber tenido control prenatal”

La Sra. Maria tenía 45 años de edad, se dedicaba al cuidado de sus hijos, *mi hombre (esposo) esta juera, en Estados Unidos*. Padece diabetes tipo 2, al mencionarlo, la expresión de su cara fue de cansancio, pesar y angustia. Al caminar lo hacía con dificultad, como si no tuviera algún motivo para vivir. Ella cree que su enfermedad es estorbosa, *me cae mal, creo que es una maldición de Dios*. Con frecuencia se sentía *agüitada* y de mal humor pues *estoy sola y mi familia no me apoya*. De sus hijos comentaba que: *no me entienden, sólo quieren que los atienda y ya, no les importa que me sienta mal*.

La Sra. María era de la comunidad de San Lorenzo, vivía ahí desde hace 8 años en casa de sus suegros. Se le diagnosticó diabetes tipo 2 en

su último embarazo, de esto comentó: *el médico nunca me dijo que tenía* (sabe de la diabetes por su expediente), *sólo decía señora cuídese usted y a su bebe*, al comentarlo, la expresión de su rostro fue de incompreensión, aun no entendía lo que había pasado. Su tono de voz fue de enojo al decir: *cuando me atendía, el doctor no me miraba a los ojos, estaba metido en sus cosas, en sus papeles*. Por esto, consideró al médico como una persona *fea* pues *no se acerca a uno, no habla bien con uno*. Con el transcurso del tiempo la Sra. María se sintió peor. Durante la entrevista, el llanto y el nudo en la garganta eran frecuentes.

Al momento de dar a luz, hubo cambio de médicos residentes, el nuevo ginecólogo aun no llegaba al hospital, no me quisieron atender, Por lo que tuvo que trasladarse por su cuenta a otro hospital, siendo el más cercano el de Fresnillo, Zacatecas, que esta a dos horas de camino. Al llegar a este hospital el médico, *me regañó por no haber llevado bien el control prenatal, que ni se que es eso porque con mis otros hijos me cure con la partera pero como no estaba... ya vez lo que me busque*.

El médico le dijo en tono fuerte y de reprimenda, señora, *que no piensa en su bienestar y el de su hijo, si continúa con esa glucosa y presión tan elevada se va a morir*. Ella sintió que las palabras del médico la hacían sentir mal, *como caca de chivo*. Siento enojo, no quiero ir al

doctor, no quiero que el doctor me vea a mí ni a mi hijo. Por la forma en que fue tratada en el hospital, cree que *ahí me pegaron la enfermedad*.

La Sra. María continuaba descompensada y renuente en llevar un plan de ejercicios y alimentación, argumentando: *no puedo pagarlo, la verdura es muy cara, como no hay por falta de agua y escasea, pu's más cara se pone*. A pesar de vivir en la comunidad que, en esos momentos, contaba con más agua, ésta no era suficiente ni para tener una pequeña hortaliza y consideraba que *la verdura es como un lujo*, mientras que *la carne, las tortillas y la manteca son una necesidad*.

"Solo vine a visitar a mi abuela y ahora soy diabética"

Maribel, de 16 años, hija de familia, vivía en Sombrerete, Zacatecas. Su cara reflejaba asombro, duda, cansancio y confusión. El brillo de sus ojos era de vacío como si estuviera perdida. Se expresaba de manera atropellada, *oye, déjame ir*. Pedía a todas las personas que la ayudaran a irse, según ella: *no se por que estoy en el hospital, vine sólo a visitar la tumba de mi agüe pu's cuando murió no pude venir porque estaba con mi gente* (su familia). Estando en el panteón acompañada de su tía, se desmayó y convulsionó, por lo que fue llevada al hospital.

Al despertar, el doctor, con voz fuerte y tono golpeado le cuestionó: *señora, si usted sabe que es diabética por que no toma sus medicamentos como debe ser, acaso se quiere morir, haber desde cuando lo es...*, a lo que ella respondía muy atemorizada *no lo sé, se*

preguntaba, *porque me dice eso* y lloraba. Después, sólo repetía una y otra vez, *pero yo sólo vine a ver a mi abuela y ahora soy diabética, no creó en sus palabras, ellos están mal y yo bien, ese resultado está mal, su laboratorio debe estar mal, yo soy joven, no tengo la edad de mi agüe para ser diabética, no puedo serlo*. A su tía le decía *llévame con mi gente, sácame de este maldito hospital, que no vez que me están haciendo brujería, ándale tiíta sí me quieres sácame*.

Maribel estaba tan desesperada que constantemente se quitaba los catéteres de su cuerpo por lo que enfermeras y médicos le decían en tono fuerte de reprimenda y amenaza: *que no seas tonta, que te lastimas, si te los quitas te vamos a amarrar*. Lloraba continuamente e incluso intentó escapar del hospital, se quejaba de ellos por *feos y siempre andan con sus caras, la comida sabe feo, no tiene sabor y aunque tengo sed no me dan agua, que porque me hace daño, me sacan sangre a cada rato y no sé porque*.

Ella decía: *mi agüe padeció diabetes por cierto tiempo y vi como su iba poniendo cada vez más y más peor*. Se sintió devastada al recordar: *mamá grande estaba bien mal por su azúcar tan alta*, y mencionó: *no creo tener alguna esperanza y si la hubiera, no tengo ganas de hacer nada*.



Una tía de Maribel la sacó del hospital y la llevó a su casa, con su familia, ahí le realizaron otros análisis de laboratorio, buscando una segunda opinión. Tiempo después la tía de Maribel comentó: *mi sobrina se ve muy mal, no quiere tomar sus medicinas, y no quiere comer lo que los médicos le dicen, me siento culpable por haberla llevado a la tumba de su agüe, por que por eso ahora es diabética.*

“Pa’ que, si no me quieren”

El Sr. José, de 46 años, no tenía trabajo pues, por su diabetes, lo mantenía su familia. La expresión de su rostro en el hospital, a diario era de enojo, apatía, y desconfianza. Su actitud hacía el personal médico y a su familia, durante las veces que estuvo internado, fue de desinterés y pereza. Frecuentemente agredía verbalmente a las personas que se le acercaban, *no quiero recibir ayuda tanto de mi familia como del personal de este mugre hospital.* Se enojaba con sus hermanas, *por que me visitan a diario, no quiero lo que me traen* (se los aventaba). *Quiero estar solo para ver si así ya me muero.* Para él la vida no tiene sentido, *me pesa está maldición, hubiera preferido morir yo que mi mamá.*

A pesar de que su mamá falleció meses atrás por complicaciones de la diabetes, no se cuida, dice frecuentemente, *me gusta tomar a diario, ponerme bien pedo, hacer ejercicios y dieta no son para mí, y agrega, mí madre los hizo y ya vez, esta muerta, mejor no los hago haber si así vivo más.*



En el año estuvo internado 3 veces por descompensación, al estar en el hospital comentaba: *se que no me quiere nadie en mí familia*, continuamente decía, *pa' que vivir si ni mamá me quiere, pu's ya vez se fue y ahora estoy completamente solo, se murió la cabrona y no me llevó*, después se daba la vuelta o se ponía a llorar, cubriéndose el rostro con la sábana, para no ser visto.

En cada ingreso aumentaba su resistencia a hablar. Cada vez que se acercaba alguien se daba la vuelta o se tapaba la cara con la sábana. A partir de la segunda hospitalización, su familia dejó de acudir con frecuencia, *eso me hace sentir bien porque no tengo que ver sus caras de odio y lastima, sin ellos estoy mejor*. Sin embargo el reflejo de sus ojos mostraba tristeza a la hora de visita, al ver que las otras camas tenían familiares, el sólo decía, *ya me olvidaron, que bueno, ojalá me muera pronto, para descansar de este pinché mundo*.

"Sólo fue tantito... el día de hoy"

Rafael tenía 25 años, vivía con su mamá quien no lo dejaba trabajar por padecer diabetes, el brillo de sus ojos reflejaba ausencia, su rostro expresaba tristeza y desesperanza, al caminar asemejaba tener flojera, arrastraba sus pies como si cargara el mundo. El tono de su voz era baja y pausada, se le dificultaba expresarse. Para él, el significado de padecer diabetes era: *pus ya que, ya me dio y no puedo hacer nada*.

Le era difícil continuar con su plan de alimentación, *a pesar de que mamá cocina rico, me gustan más las gorditas del centro, de la cabecera municipal, puedo comer una o dos a diario pero como más cuando voy con el doctor, porque me da mucha hambre.* Desde consultas pasadas, el médico *siempre me regañaba por los resultados de laboratorio pues siempre salen mal, no sigo la dieta, que ni se por qué lo debo hacer.* Al preguntarle si conocía los beneficios y lo perjudicial del padecer diabetes dijo: *cuando vine sólo me dieron medicina mientras que el doctor estaba pegado en sus papeles.* Dice ignorar lo perjudicial que para él es consumir las gorditas con tanta frecuencia: *pero si sólo fue tantito el día de hoy... que tanto me puede afectar.*

Según él, *ninguno de los médicos que he visto me explicó las consecuencias de tener el azúcar alta,* por lo que continúa con un mal hábito de alimentación y como consecuencia, el nivel de su glucosa está elevada, tiene complicaciones con la vista, la piel y su presión arterial. Se siente engañado, molesto, irritable y, sin embargo, continúa comiendo las gorditas que tanto le gustan. Cree que los doctores son injustos y alteran los resultados de laboratorio.

Capítulo 6

**IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO PARA
QUE LA PERSONA ACEPTÉ SU DIABETES POR MEDIO DE LA
RESOLUCIÓN DEL DUELO**

El médico, conforme a estándares educativos, está capacitado para atender a sus pacientes. Por esto, además de replicar actitudes y posturas de sus educadores, adopta su manera de atenderlos, de verlos de manera objetiva y como consecuencia, en ocasiones se olvida que a quien se atiende, son personas con sentimientos, emociones, creencias, que no sólo buscan atención a un problema de salud física, sino a todo lo que de ello se deriva y, la atención que se les brinda, iniciando con la entrega del diagnóstico, crea la forma en que se desenvolverán en su tratamiento.

Ante la presencia de síntomas de enfermedad, la persona acude con el médico para que la revise, con la esperanza de encontrarse bien de salud y que los síntomas sólo sean pasajeros. En el caso de una

persona que tiene síntomas de diabetes, debe realizarse estudios de laboratorio para que el médico le dé un diagnóstico preciso.

Si los estudios de laboratorio confirman que la persona padece diabetes, al momento de dar el diagnóstico, y en la forma en que sea dado, reside la manera en que la persona actuará para controlar su enfermedad, y por ende, en la forma en que lleve su tratamiento. La forma de dar el diagnóstico, puede generar dos situaciones: la persona duda de la eficacia, tanto de los resultados de laboratorio, como del médico, creyendo que ella no puede tener esa enfermedad y continuando con el estilo de vida que siempre ha llevado.

En la segunda situación, la persona puede creer que tiene la enfermedad y que, como ésta es devastadora, no tiene caso luchar contra ella, por el contrario, si ha de morir, que sea disfrutando de la vida, comiendo lo que se le antoja sin restricciones. En ambos casos se toma un papel pasivo en el tratamiento y control de la diabetes.

Dentro de las funciones del médico, no se encuentra dirigir el proceso de duelo de las personas que está atendiendo y, aun cuando intenta dar los ánimos necesarios para que la persona acepte su diabetes y por lo tanto se adhiera al tratamiento, no es suficiente para apoyar a la persona a que cruce las diferentes fases o etapas del duelo, así como las

reacciones emocionales que desencadena su enfermedad, generándose de esta manera un duelo patológico.

El duelo patológico se genera, cuando la persona se ancla en alguna de las etapas o fases de éste, como en la negación, la ira, la culpa, la depresión, el temor o la negociación.

Sí, para protegerse de la angustia, la persona se ancla en la negación, creerá que no esta enferma, culpará al médico de dar un mal diagnóstico, calificará a los laboratorios clínicos de ineficaces, y se olvidará de la enfermedad, o le dará una mínima importancia.

Cuando se ancla en la ira, las personas que padecen diabetes expresan rabia y resentimiento de varias maneras y hacia diferentes personas.

Al anclarse en la culpa, la persona tratará de encontrar a los responsables de lo que le esta sucediendo, para evitar sentir que la responsabilidad de haber enfermado de diabetes es suya.

Cuando el duelo se vuelve patológico por estar anclado en la depresión, la persona piensa que el único camino que puede recorrer es negativo, de sufrimiento, soledad, desanimo, y al final de éste, sólo encontrará la muerte.

Al anclarse en la etapa de temor, surge miedo exagerado a sufrir otras enfermedades, a desarrollar las complicaciones propias de la

diabetes, a la invalidez física. En las mujeres, surge miedo de no poder embarazarse y de esta manera no cumplir con lo que la sociedad le demanda, y por último miedo hacia el arribo de la muerte.

Si la persona se ancla en la negociación, tratará de ganar tiempo antes de aceptar la pérdida de su salud, deseará encontrar curas milagrosas, hacer tratos con las profesionales encargados de su salud, como no seguir el plan alimentario en fechas importantes como la navidad, día de las madres, algún cumpleaños, etc.

Al encontrarse anclado en estas etapas, el duelo puede volverse patológico crónico, patológico ausente y/o patológico aplazado.

En el duelo patológico crónico, la persona da una respuesta intensa y prolongada del mismo, se estanca en la depresión y la resistencia a aceptar la pérdida como un hecho definitivo. En la persona predomina la ansiedad, el desconsuelo, la desesperación, los autoreproches e intensos accesos de llanto y/o de cólera.

En el duelo patológico ausente, la persona se jactará de poseer un gran autocontrol, por lo que actuará como si nada ocurriera. Si otras personas le ofrecen consuelo, se mostrará recia en aceptarlo. La persona tenderá a brindar cuidados excesivos a otros, pues tratará de trasladar su propia tristeza y necesidad de consuelo.

En la persona se desencadena el duelo patológico aplazado, al momento de sufrir una pérdida aparentemente menor a una pérdida anterior, la cual no fue aceptada. Al paso del tiempo la persona puede llegar a sentirse infeliz con sus relaciones interpersonales y con su vida en general.

Ante la presencia de un duelo patológico, la persona evitará atenderse, acelerando la aparición de las complicaciones de la diabetes, ocasionando una posible muerte prematura de la persona enferma.

Por lo anterior, al momento de dar el diagnóstico de diabetes, es importante la colaboración multidisciplinaria entre las áreas de medicina y psicología. El médico, tiene el conocimiento para explicar qué es la enfermedad, sus síntomas, complicaciones, tratamiento, e informar las consecuencias de controlarla o no hacerlo, así como prescribir medicamentos en caso de ser necesario.

En el momento en que a la persona se le informa que padece diabetes, para ella significa la pérdida de su salud, iniciando un proceso de duelo, en el cual, se atraviesa por diferentes etapas. En ese momento se hace necesaria la participación del psicólogo, para conducir a la persona por dichas etapas, para que vivan cada una de ellas con toda su intensidad y así, puedan cubrirlas y pasen a la siguiente, hasta culminar con la aceptación de la enfermedad, lo que generará que la persona tome

el papel activo que le corresponde en el tratamiento de la diabetes, y buscará, con constancia, el control de la misma.

En la literatura científica se pueden encontrar propuestas para ayudar a las personas en la elaboración de su duelo, en las cuales se trata que ellas algunas ciertas actividades o tareas para poder llevar a cabo un duelo que no sea patológico. De las muy variadas propuestas, como ejemplo, en este trabajo se mencionan tres generales.

Condiciones necesarias para la elaboración del duelo

El tiempo requerido en el proceso de duelo es aproximadamente de dos años. Sin embargo, no siempre es de esa forma, dependiendo de la pérdida y de la persona, será el tiempo de elaboración (O'Connor, 1997).

Para Kübler-Ross (1989) una condición necesaria para elaborar el duelo es la aceptación plena de la pérdida en la consciencia, entendiéndola como un cambio, un viaje hacia un estado más apacible. De esta manera en el doliente puede perdurar la esperanza durante el duelo y ser capaz nuevamente de organizar su vida.

Worden (1991) señala que es necesario que la persona, en proceso de duelo, lleve a cabo cuatro tareas para lograr la adecuada elaboración del mismo.

1. Consiste en aceptar la realidad de la pérdida, ser consciente de su significado así como la imposibilidad del reencuentro.

2. Se requiere reconocer y trabajar las emociones y el dolor producidos por la pérdida, enfrentar los sentimientos positivos y negativos. Es importante reconocer y trabajar los sentimientos de enfado, culpa, impotencia y tristeza por ser las más conflictivas y aprovechar la utilidad del llanto.

3. Adaptarse al medio donde la pérdida está presente, desarrollar nuevas habilidades y roles que permitan vivir satisfactoriamente con la pérdida.

4. Asignarle a la pérdida el lugar que se considere adecuado dentro de la vida psíquica y emocional.

Freeman (1998) considera necesarias cinco tareas para elaborar el duelo:

1. Experimentar y expresar la realidad de la pérdida.
2. Tolerar el sufrimiento cognitivo y emocional inherente al duelo.
3. Convertir la relación con el objeto perdido de un vínculo actual a un recuerdo para desarrollar una nueva relación con él.
4. Desarrollar un nuevo sentido de identidad basado en la vida sin la pérdida y superar el temor a desarrollar una nueva autonomía.
5. Dar un significado a la experiencia de pérdida al encontrar respuestas a la pregunta ¿por qué terminó la relación?

Propuesta para ayudar a superar el duelo que produce la entrega de un diagnóstico de diabetes

La tesis central del presente trabajo es: la experiencia que vive la persona cuando se le diagnostica diabetes determina la forma en que enfrentará su enfermedad. Es decir, cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad puede reaccionar de diferente manera dependiendo de sus características, su edad, su momento vital y se generan muchos cambios emocionales y de comportamiento.

El saberse enferma de diabetes puede generar una situación traumática en la que la persona reacciona de tal manera que pierde su confianza y se desvaloriza, entra en depresión, no acepta su enfermedad y en consecuencia, no se atiende. Pero también este momento puede ser aprovechado por el médico para encaminar y favorecer la adhesión al tratamiento de manera adecuada.

Si el diagnóstico es entregado de forma tal que la persona se sienta motivada hacia su enfermedad, porque en esa ocasión desarrolló la convicción de que sí puede controlarla y desarrolló la conciencia de que ella es la responsable de su propia salud, estas condiciones favorecerán la adhesión al tratamiento.

La propuesta es realizar multidisciplinariamente una entrega de diagnóstico, en la que participarían tanto el médico como el psicólogo. El primero trataría sobre los aspectos biológicos de la enfermedad y el

segundo manejaría los estados emocionales de la persona. Con esta participación conjunta se incrementaría la probabilidad de crear una motivación en la persona con diabetes, favorable a la adhesión al tratamiento.

Por tanto, es pertinente apoyar al médico para comunicar un posible diagnóstico o confirmarlo, rescatando las habilidades aprendidas en su formación para dirigirse a las personas. Este trabajo se concibe como una herramienta para reforzar estrategias que le permitan al médico manejar reacciones emocionales de la gente, con sospecha de estar enferma de diabetes, o entregar un diagnóstico confirmatorio, sugiriendo una relación empática desde el primer momento y brindando una visión diferente de ver su enfermedad.

Con base en lo anterior, la función del psicólogo debería ser, entre otras, apoyar a que la persona acepte su nueva condición de vida, parafraseando a Gabriel García Márquez: los seres humanos no nacen una vez y para siempre, el día que los parieron sus madres, sino que la vida los obliga, otra vez, y muchas más, a parirse a sí mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L. M. & Martín, A. L. (2002). *Fundamentos del diagnóstico* (10ª ed.). México: Méndez editores.
- Aguilar, G. E. (1990). *Cartas a un diabético*. México: Trillas.
- Albengózar, T. M. (1994). *Como vivir la muerte y el duelo. Una perspectiva clínico-evolutiva*. Universidad de Valencia. Departamento de psicología educativa y de la educación. Monografía de desarrollo humano. Núm. 0.
- Alvarado, O. C., Milian, S. F. & Valles, S. V. (2001). Prevalencia de la diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 43, No. 5. 459-463.
- American Diabetes Association. La diabetes y los latinos. 2004. Página de la American Diabetes Association. Obtenido el 1 de septiembre de 2004 de <http://www.diabetes.org/enespanol/diabetes-and-latinos.jsp>
- Bowlby, J. (1982). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires. Paidós.
- Buendía, M., Fernández, P. & Garza, E. (1980). *Manifestaciones orales de la diabetes mellitus*. Tesis de licenciatura. México: ENEP Zaragoza.

- Burgos, M. M. y Paravik, K. T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Revista ciencia y enfermería*. Vol 9. No 1. 9-14. Obtenido el 22 de febrero de 2005 de
<http://A:\Ciencia%20y%20enfermeria%-20VIOLENCIA%HOSPITALARIA%20E>
- Cano, V. F. (1988). Tecnología y humanismo en la enseñanza médica. *Facultad de Medicina UNAM*. Vol 3. No 1. 21-26
- Cardoso, G. M. A. (2002). *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcoyotl*. Tesis doctoral. México: I.N.A.H.
- Consejo Internacional de Enfermería (2005). La violencia - epidemia mundial. Obtenido el 22 de febrero de 2005 de
<http://A:\Consejo%20Internacional%20de%20Enfermeraviolencia1.htm>
- Cueva, A. V., Mejía, M. J., Luengas, V. H. D. & Salinas, S. O. (2003). Complicaciones del pie diabético. Factores de riesgo asociados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 41, No. 2. 97-104.
- Datos recabados por la propia institución*. (1995). Hospital Rural de Solidaridad IMSS HRS-53.
- Davis, M., Robbins, E. & McKay, M. (1986). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De la Fuente, R. (1998). *Psicología médica*. Nueva revisión. Fondo de cultura económica. México
- Diabetes Care (2001). National standards for diabetes self-management education clinical practice recommendations 2001. Standards and criteria.

- Página Web de la American Diabetes Association. Obtenido el 25 de septiembre de 2001 de
<http://www.diabetes.org/clinical/recomendations/supplement101/s126>
- Diccionario Enciclopédico Salvat (1978). Tomo 16. España. Salvat Editores.
- Diccionario Enciclopédico Salvat (1978). Tomo 9. España. Salvat Editores.
- Dobler, L. F. (2002). *La responsabilidad en el ejercicio médico*. México. Manual moderno.
- Dolger, H. & Seeman, B. (1991). *Como vivir con la diabetes*. México: Diana.
- Drury I. M. (1991). *Diabetes Mellitus* (2a ed.). Madrid: Médica Panamericana s.a.
- Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. & Becerra, J. (1997). *El diabético optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.
- Federación Mexicana de Diabetes (2003). Obtenido el 25 de febrero de 2004, de
<http://www.fmdiabetes.com/diabetes/dnumeros.asp#Mexico>
- Figuerola, D. (1997). *Diabetes*. Barcelona: Masson.
- Franchi, A. y Saro, L. [Coordinadoras]. (1999, 20, de julio). Violencia, consecuencias en la salud [mesa 9]. Mensaje dirigido a una iniciativa del Comité Hospitalaria de Bioética de HIGA. Eva Perón (San Martín-Argentina).<http://A:\mesa9.htm>
- Freeman, S.J., (1998). Death and bereavement: what counselors should know. *Journal of Mental Health Counseling*. 20 (3); 216-226.
- Freud, S. (1917). *Obras completas contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre metapsicología y otras obras* (1914-1916). Vol 14. Amorrortu editores Buenos Aires.

- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. Obtenido el 25 de noviembre de 2003, de <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029,00.html>.
- Gispert, C. L..(2001). *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. 2ª edición. México. Manual Moderno.
- Gómez, M. S. y Morquecho, G. B. (1985). *Monografía de río Grande. Estudio Histórico-geográfico del municipio de Río Grande, Zacatecas*. Marco Geográfico. (99-112).. Rubén Gómez y Gómez. Monterrey, N. L.
- Greenberg, D. (1985). Tratamiento del duelo. En Itzigsohn, J. y Dasberg, H. *Terapias breves*. Salamanca. Universidad pontificia de Salamanca.
- Holt, R. I. G. (2004). Diagnosis epidemiology an pathogenesis of diabetes mellitus: an update for psychiatrists (Schizophrenia and diabetes 2003: an experte consensus meeting). The British Journal of Psychiatry. The Royal College of Psychiatrists. Vol. 184, Supplement 47, April 2004, pp 55-63. Obtenido el 23 de septiembre de 2004, de <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi#>
- Houston, J. C. (1978). *Texto básico de medicina*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Islas, A. S. & Lifshitz, G. A. (1993). *Diabetes Mellitus*. México: McGraw-Hill.
- Jiménez, C. (1998). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*. Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Jinich, H. (2002). *El paciente y su médico* (2da. Ed.). México. Manual Moderno
- Kalish, R. A. (1985). *Death, grief and caring relationships*. (2da. Ed.). Book/cole. Publishing Company. California.
- Kilo, C. y Richmond, J. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
- Krall, L. & Beaser, R. (1991). *Manual Joslin de diabetes*. España: Mason-Salvat.

- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos* (8ª Ed). Barcelona. Enfermería y Sociedad Grijalbo.
- Lindermann, E. (1944). Syntomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. 101. 141-148.
- Lipkin y Cohen (1980). *El paciente diabético. Atención emocional del paciente*. México. La prensa médica mexicana. S. A.
- Martínez, C. F. (2003). *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. México: Manual Moderno.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Mercado, M. F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Meyer, J. E. (1983). *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Biblioteca de psicología 118. Barcelona. Herder.
- Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, (2001) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página web de la Secretaría de Salud. Obtenido el 26 de noviembre de 2003, de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-in/wxis/unidades/cdi/data/iah/>
- Möler, E. (1994). *El gourmet diabético*. México: Panorama.
- NOAH, (1997). Pregúntale a Noah sobre diabetes. Obtenido el 25 de febrero de 2000, de <http://www.noah.cuny.edu>
- Norma Oficial Mexicana, Nom-168-SSA1-1998, del expediente clínico. (1999). Publicado en el diario oficial de la federación el 30 de septiembre de 1999.

NOTIMEX (2005). *Diabetes, problema de salud pública en America Latina.*

Obtenido el 5 de abril de 2005, de

<http://esmas.com.mxSUBJECT=portadadiabetes>

O'Connor, N. (1997). *Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo.* México. Trillas.

Oppenheim, I. (1988). *Manual para técnicos de laboratorio.* México: Panamericana.

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement, studies of grief in adult life.* International Universities Press Inc. New York.

Pascual, A. R. (2005). *La experiencia de vivir con una enfermedad crónica en una comunidad indígena.* Tesis licenciatura. México. UNAM.

Pichardo, M, C. (2004). *Diabetes: una oportunidad a la vida una intervención psicológica para cambiar creencias relacionadas con la diabetes.* Tesis licenciatura. México. UNAM.

Restrepo, L. C. (1996). *Violencia médica.* Obtenido el 22 de febrero de 2005, de http://www.terapianeural.com/articulos/violencia_medica.html

Reyes, Z. L. (1991). *Acercamiento tanatológico al enfermo terminal y a su familia.* Curso fundamental de tanatología, tomo III, México.

Rodríguez, M. J. R., López, C. J. M., Rodríguez, P. J. & Jiménez, M. J. A. (2003). Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el estado de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* Vol. 41, No 5. 383-392.

Secretaría de Educación Pública. (1990). *Zacatecas suelo metálico bajo las nopales.* Monografía estatal. México

Secretaría de Salud (2002). Comunicado de prensa No 027, 1 de marzo de 2002.

Página web de la Secretaría de Salud de México. Obtenido el 23 de marzo de 2002, de

http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm

Seguín, C. A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.

Tenorio, G., Guerrero, S. P. J. & Torres, A. E. (2000). Prevalencia de uveítis aguda anterior en el paciente diabético. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 63, No. 3. 165-170.

Uribe, M.; López, M. (2001). *Reflexiones acerca de la salud en México*. México: Editorial Panamericana, Fundación Médica Clínica Sur.

Vázquez, E. F. (2002). *Sintiéndose bien con la diabetes*. México. Urano/Intersistemas.

Velasco, M.; Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.

Velázquez M. O., Lara E. A. & Peña C. A. La diabetes en México. Obtenido el 4 de Julio de 2003, de <http://www.fep.paho.org/diabetesbul/spanish/section2.asp>

Worden, J. W. (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. España. Paidós.

Zárate, A. (1997). *Diabetes mellitus: Bases para su tratamiento*. México: Trillas.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**