



**UNIVERSIDAD DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA ETAPA DE DUELO: NEGACIÓN Y

LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

CLARA PATRICIA RICO VASQUEZ

ASESOR DE TESIS

LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE

Coatzacoalcos Veracruz

Mayo 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, gracias por todo el apoyo durante estos años, gracias por creer en mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos mis maestros y maestras a lo largo de mis años como estudiante. Especialmente a los maestros de la Universidad, por todo lo que me compartieron como docentes y como personas.

A todos los que de alguna u otra forma colaboraron para que yo terminara esta investigación. Gracias.

INDICE

Portada	
Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Introducción	5
Capítulo I: Planteamiento del problema	9
Capítulo 2: Marco teórico	19
Capítulo 3: Metodología	47
capítulo 4: Análisis de los resultados	51
Capítulo 5: Conclusiones	57
Referencias bibliográfica	63
Anexos	67
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	68

INTRODUCCIÓN

La palabra duelo ha tomado relevancia en la década de los años setentas con los estudios de la doctora Elizabeth Kubler-ross, ella es la pionera en abordar sistemáticamente un tema tan controversial, en el que confluyen aspectos teológicos, metafísicos, legales, éticos, biológicos, etc.

Abrió a así el tema de la tanatología el cual se especializa en el tema de la muerte, en su proceso, en su significado y en sus rituales.

Dentro de las etapas que la doctora Kuble-ross plantea las siguientes: negación, enojo, culpa, aceptación. En esta tesis se explora el primero de ellos: la negación pues ante otra gran problemática actual del ámbito de la salud, está la enfermedad: Diabetes Meelitus tipo II, ésta enfermedad ha cobrado muertes por más de 800 mil muertes en el 2017. La DM tipo II está presente en todo México, y en Veracruz el número de casos es cada vez más alarmante...ocupando el tercer lugar en el 2016; en Coatzacoalcos el 80% de los pacientes atendidos en el hospital "Valentín Gómez Farías", padece DM.

En la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 en donde se prestó el servicio social, en interacción con los pacientes, se pudo notar que la mayoría de ellos no se apegaban al tratamiento por Diabetes Mellitus tipo 2. Fue ahí donde surgió la pregunta: ¿Por qué los pacientes no se adhieren al tratamiento recomendado por el medico? ¿Debido

a que se agravan sus síntomas? Estas interrogantes me llevaron a reflexionar si las personas que experimentan ésta enfermedad crónico degenerativa, estaban pasando por un duelo, que no podían hacer frente de manera adecuada, y que en este duelo, estaban en la primera fase, es decir, si estaban negando el hecho de estar enfermas y derivado de ello no seguir tal cual el tratamiento recomendado por su doctor.

Estas fueron las incipientes reflexiones que terminaron en esta tesis, la cual se organizó de la siguiente manera:

En el capítulo número uno se establece el planteamiento del problema, la justificación, el objetivo general y la hipótesis. En donde básicamente se establece si “la etapa de duelo denominada “negación” es causa de la baja adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz”. En este capítulo también se definen las variables y se establece la medición que se hará de cada una de ellas.

En el capítulo número dos, se hace una revisión exhaustiva de los contenidos teóricos vinculados al tema de interés: a saber, algunos de los que figuran son: concepto de duelo, etapas de duelo, teóricos más relevantes en temas de duelo, etapa de duelo negación, características de cada una de las etapas de duelo, concepto de diabetes Mellitus tipo II, concepto de DM, causas, tratamiento, etc. otro tema que se aborda es el de Adhesión al tratamiento: el cual se define, se mencionan las ventajas y desventajas de adherirse o no a un tratamiento médico, etc., por último el tema de las clínicas gubernamentales “el ISSSTE”, se hace una reseña, se mencionan los objetivos que persigue el ISSSTE y se dan cifras a

nivel nacional y local de la cantidad de derechohabientes que atiende esta institución. De esta manera en el marco teórico el lector tendrá una visión clara de los temas relevantes de esta tesis.

En el tercer capítulo denominado; Metodología, se proporcionan los aspectos más importantes del abordaje científico del tema, en este capítulo se especifica el tipo de investigación: el cual fue cuantitativo, el tipo de estudio, el cual fue descriptivo, la población a la cual fue dirigida, la muestra y el tipo de muestreo, finalizando con el instrumento de recolección de datos: el cual fue el Inventario Texas revisado de duelo, de los autores García, Landa, Trigueros y Gaminde, del año 2005, para esta tesis se hicieron algunas adaptaciones, las cuales están perfectamente explicadas en éste apartado.

En el capítulo número cuatro, titulado: Análisis de los resultados, se presentan tablas y gráficas, derivado del inventario revisado de duelo, este análisis se concentra en la manera en que se califica el test y ubicando a los participantes por porcentajes de respuesta, pues las opciones de respuesta son de tipo Likert.

Al final de este capítulo se hace un análisis de tipo descriptivo, de las variables, resaltando lo más relevante para la reflexión.

En el quinto y último capítulo titulado: conclusiones, se presenta el fruto de todo este proceso de investigación y se concentra en los resultados obtenidos a partir de la recolección de los datos. Se analiza si la hipótesis se aprueba o no se aprueba y cuales con los resultados que avalan dicha postura.

De esta manera se llega a las siguientes conclusiones que los pacientes que fueron parte de la muestra niegan el hecho de estar enfermos, lo cual es alarmante ya que después de 10 años o 5 años de haber sido diagnosticados con la enfermedad y no haber procesado su duelo a la pérdida de la salud, estén aun en la primera etapa de las fases de duelo, lo que hace que la adherencia al tratamiento presente altibajos importantes que puedan está reflejándose en el deterioro paulatino de sus funciones vitales. Derivado de esto se puede decir que la hipótesis planteada queda comprobada de que en efecto los encuestados están en la etapa de duelo llamada negación y que esta es la causa de la baja adhesión al tratamiento. En este mismo capítulo se dan a conocer las futuras líneas de acción y las recomendaciones para los profesionales de la psicología. De esta manera se concluye la investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El presente capítulo denominado planteamiento del problema, presenta desde qué ámbito se abordará el tema, incluye explicar también el por qué consideramos importante este tema; además de plantear la hipótesis de trabajo y el objetivo general.

1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, México ocupa actualmente el octavo lugar mundial en la prevalencia de diabetes. Las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el sexto o séptimo lugar, con 11.9 millones de mexicanos con diabetes. En cuanto a mortalidad por diabetes, México ocupa el sexto lugar mundial y el tercer lugar en el continente americano.

La Organización mundial de la salud (OMS) ha reconocido a la Diabetes como una pandemia, puesto que no discrimina edad, sexo o nivel sociocultural.

Coatzacoalcos, Veracruz, es una ciudad en la que día a día se incrementan los casos de pacientes con Diabetes Mellitus 2, el día 14 de enero del 2018, en el periódico Diario del Istmo publicaron que ingresan al hospital Regional Doctor Valentín Gómez Farías, 50 pacientes mensuales en condiciones graves de salud, vinculado al inadecuado manejo de la enfermedad de Diabetes. El director del hospital Roberto Ramos Alor, afirma: “La convocatoria es de autocuidado, el paciente que se sabe diabético debe acudir puntualmente a sus citas con el médico, con sus medicamentos, eliminar los hábitos de mala alimentación, los refrescos predisponen a estas complicaciones, buscar la buena salud con ejercicio”. Por lo que se hace prioritaria la adecuada atención médica y psicológica, en la que los pacientes cumplan de manera comprometida con su tratamiento, a fin de disminuir los estragos de dicha enfermedad, y asegurar la calidad de vida de las futuras generaciones.

La realidad es que los pacientes presentan comportamientos de abandono del tratamiento, de incumplimiento a sus citas médicas o exámenes periódicos, de incumplimiento de la ingesta de la medicación, del apego a un régimen nutricional, de resistencia a los cambios de hábitos, la resistencia a ejercitarse, por otro lado recurre a la automedicación y a los remedios naturales.

Dentro del lenguaje de los servicios de salud, se habla de la adherencia al tratamiento de cualquier enfermedad, adherirse al tratamiento se entiende como: qué tanto

el paciente se apega al tratamiento. En esta investigación resulta relevante el tema de la adherencia, pues consideramos que ésta no se da, o es baja, debido a que el paciente niega su enfermedad.

El primer modelo de abordaje del duelo es el de la Doctora Elisabeth Kübler-Ross (1969) el cual consiste las siguientes fases: Negación, ira-negación, depresión y aceptación. La reflexión en esta investigación es precisamente describir si la etapa de duelo específicamente la negación obstaculiza la adhesión al tratamiento en pacientes con este tipo de padecimiento.

La etapa de duelo, de la negación, también obstaculiza procesar la pérdida, puesto que de esta manera el sujeto no aprueba o rechaza el padecimiento de la enfermedad y se manifiesta la negación, lo cual produce un efecto limitante para la toma de decisiones de forma favorable, sobre el bienestar en general.

Negar la enfermedad no debe vincularse al hecho de que la persona no tuvo acceso a asistencia psicológica, tampoco se vincula a la falta de información sobre la enfermedad. La negación es un proceso natural del duelo, misma que influye en la actitud ante la situación médica que presenta, generando rechazo, apatía y desesperanza hacia el tratamiento, el paciente en esta etapa no considera los avances científicos y las técnicas

psicológicas y médicas que actualmente ayudan a mantener una mejor calidad de vida en el paciente.

Es importante el análisis en el proceso de duelo, para buscar una mejor adherencia de los pacientes a su tratamiento, con el fin de apoyarles a procesar la etapa de negación, la cual es muy frecuente en estos casos donde hay una pérdida de la salud y que con una adecuada intervención y apoyo por parte de profesionales, permitirá en los pacientes un mejor manejo de su enfermedad.

Considerando el gran valor del aspecto psicológico, en todas las áreas del individuo, es importante el apoyo terapéutico a los pacientes de diabetes y de esta manera alcanzar el equilibrio del sujeto y obtener el éxito en la salud general.

En la Clínica Hospital ISSSTE No.32, de la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz, se atienden actualmente una cantidad de 900 personas relacionadas al padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 2, de los cuales no existen registros referentes a la adecuada adherencia al tratamiento por parte de los mismos. Por lo que se hace oportuno plantearnos ¿Es la etapa de duelo denominada negación, la causa de la baja adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos Veracruz?.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El ser humano necesariamente atraviesa por situaciones de difícil aceptación derivado de la complejidad de los mismos. Cada persona en su vida debe enfrentar diferentes procesos de duelo, los cuales a veces de manera natural o con poca ayuda se procesan, pero en otros, las personas requieren ayuda profesional, porque no se sabe cómo enfrentar esta nueva situación con sus recursos actuales y llegan a estancarse en una de las etapas.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al rubro económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familiares, así como por los importantes recursos que requieren para su atención en el sistema público de salud.

Aunado al padecimiento físico es indispensable la atención al área psicológica, siendo de gran importancia su vigilancia, puesto que el paciente es un ser biopsicosocial y por lo tanto debe estar atendido en las tres esferas. La atención global al paciente, generará los beneficios esperados en tiempo y forma, como la condición más adecuada de abordar este padecimiento.

Una de las posibles problemáticas que pudieran limitar el bienestar de los pacientes es el inadecuado o pobre adherencia al tratamiento, tomando en consideración la complejidad y cronicidad del mismo, por lo cual es perentorio explorar la etapa del duelo, en la que se encuentran; así mismo todos los cambios y ajustes que los pacientes requirieren modificar como su estilo de vida, tanto en lo referente a la dieta, incremento de actividad física y dependencia a medicamentos.

Otro elemento que pudiese influir en la adherencia al tratamiento es el aspecto cultural, ya que el individuo inmerso en una sociedad que por costumbre o tradición celebran los acontecimientos tanto familiares como sociales, mediante el consumo de alimentos y bebidas, los cuales serán limitados o prohibidos, desde el mismo momento del diagnóstico; le será difícil adaptarse a estos cambios radicales en su alimentación y se presentará entonces la negación.

El paciente diabético atravesará por las cinco etapas de duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación), hasta alcanzar la aceptación y adquirir el compromiso con el nuevo estilo de vida, pero sólo si atiende terapéuticamente esta situación que pudiese interferir en pro del cambio enfocado en el conocimiento pleno de la enfermedad y sus consecuencias, así como la actitud y el compromiso que asuma al respecto, logrará alcanzar el beneficio para su salud.

La presente investigación es de relevante importancia tanto para el Instituto de Sistemas de Salud y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como para el investigador, ya que la institución se beneficiará en un área con mayor porcentaje de pacientes y se pretende que sea de utilidad inmediata en la atención global, para alcanzar el fin común en beneficio directo del paciente; mientras que para el investigador, no sólo es un requisito previo a la titulación, sino la oportunidad para desarrollar y aplicar los conocimientos adquiridos en la etapa de formación como profesional de la psicología y demostrar de manera ética la calidad de profesional a egresar, a su vez, considerando el aporte que logrará suministrar a la sociedad en beneficio del área de la salud, tanto mental como física.

Esta investigación se orienta hacia las personas que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, analizándolo con el proceso de duelo, concretamente la etapa de negación incide en que se tenga baja adherencia al tratamiento.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La etapa de duelo denominada “negación” es causa de la baja adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz?.

1.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

La etapa de duelo denominada “negación” es causa de la baja adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz.

1.4.1 Identificación de las variables

Variable independiente: La etapa del duelo “Negación”

Variable dependiente: La adhesión al tratamiento

1.4.2 Definición conceptual de las variables:

Variable independiente: La etapa del duelo “Negación”. Kübler-Ross (1969) propuso que había cinco estados en la aceptación de la muerte: negativa rehusarse a aceptar la realidad de lo que está ocurriendo.

En esta investigación se entiende que la negación es: rehusarse a aceptar la enfermedad de diabetes mellitus tipo II.

Variable dependiente: La adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento se define como el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen usualmente un tratamiento farmacológico complejo. (Revista española de cardiología).

Definición operacional de las variables:

VI: Inventario de experiencias en duelo (IED) adaptado por Catherine Sanders. El inventario consta de 15 ítems de falso y verdadero, sin límite de tiempo.

VD: “Test de adherencia al tratamiento”.

Construido ad hoc por la autora de esta investigación. Consta de 11 ítems, 6 son dicotómicas (una requiere explicación) y 5 de opción múltiple.

Sin límite de tiempo.

1.5 Objetivo general

Analizar si la etapa de duelo denominada “negación” es causa de la baja adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz.

Objetivos específicos:

1. Identificar de manera clara y precisa el problema de la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos, si es derivado de la etapa de negación, en el proceso de duelo.
2. Analizar los aspectos teóricos del tema de la diabetes, de la adherencia al tratamiento y del proceso de duelo, para una comprensión profunda del tema.
3. Recopilar los datos a partir de un estudio de campo, aplicación de los test contruidos específicamente para esta investigación.
4. Analizar los datos y representarlos mediante estadística descriptiva.
5. Presentar las conclusiones que se derivan de los datos y de su análisis, contrastar si la hipótesis se cumple y presentar las líneas de investigación que se pudieran derivar, así como de las recomendaciones que se desprendan después de la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

En este apartado se hace un análisis de la bibliografía de manera exhaustiva de los temas que se consideran más relevantes en esta tesis. De esta manera se aborda el tema del duelo, en cuanto a su concepto, teorías y representantes y las etapas como punto central. También se analiza el tema de la adherencia al tratamiento, su concepto, sus características y las consecuencias en caso de no apearse al tratamiento. Se realiza un análisis de la bibliografía más relevante en cuanto al tema de la diabetes mellitus, su clasificación, sus consecuencias y su tratamiento. Por último el tema de las clínicas de salud mental, se aborda desde la perspectiva global para terminar en un análisis concreto de la clínica en particular en donde acontece la investigación de esta tesis.

2.1. EL DUELO

El duelo es un concepto que en los últimos años ha tomado mucha importancia, recientemente estamos escuchando por todos lados el concepto de Tanatología, y esta nueva ciencia, se enfoca de manera específica en los duelos, también conocido como pérdidas.

Los seres humanos inevitablemente tenemos diferentes tipos de duelos o pérdidas y los enfrentamos de acuerdo a nuestros propios recursos personales, de acuerdo a lo socialmente establecido, de acuerdo al apoyo recibido (incluyendo el profesional). Todos los duelos son diferentes. Cada persona lo enfrenta de manera única.

El estudio del duelo incluye una concepción del ser humano integral, comprender todas sus dimensiones, pues cada una de ellas, se ve trastocada, de acuerdo a la pérdida. Es un tema complejo y que en muchas ocasiones no hay puntos de acuerdo.

La enfermedad es una pérdida. En este caso de la salud. Si la enfermedad conlleva a la pérdida total o a alguna función o alguna parte del cuerpo, entonces es un duelo en donde no solo la salud se pierde, sino también una parte del cuerpo o función, y aquí tendríamos un doble duelo.

El ser humano ante la enfermedad experimenta diversas emociones, como sorpresa, enojo, frustración, pánico, etcétera, dependiendo del tipo de enfermedad, de la edad de la persona, de los recursos con que cuenta para enfrentarlo, etcétera. El duelo puede sobrellevarse y al final integrar la pérdida o por el contrario, puede complicarse y detener a la persona en su totalidad.

A continuación exploraremos el concepto de duelo para poder ir adentrándonos en el tema.

2.1.1 CONCEPTO DE DUELO

El duelo de acuerdo con el Manual de trastorno psiquiátrico (DSM IV) menciona que es una reacción ante la muerte de una persona querida y que se ve acompañada por síntomas característicos de una depresión mayor tales como: tristeza, insomnio, pérdida del apetito, entre otros. Aunque estos síntomas son considerados normales, ya que ante una pérdida o duelo estos síntomas suelen aparecer.

Freud en 1917 también define el duelo, para él es: “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, u ideal, etcétera”.

Para Bucay (2004) el duelo es un proceso normal cuando se presenta una pérdida que tiende a armonizarse con la situación interna y externa, integrándola como una nueva realidad.

Para Bowlby (1980) es una serie de procesos psicológicos bastante amplia que se ponen en movimiento ante una pérdida de una persona amada.

Estos conceptos de duelo son variados, todos incluyen una pérdida, la idea de que es normal y la idea de que se va a integrar a la persona, con la finalidad de que posteriormente, la persona siga con su vida.

2.1.2 PRINCIPALES TEORÍAS Y REPRESENTANTES

Sigmund Freud es uno de los principales representantes del duelo. En su libro titulado “Duelo y melancolía” (1915), expone que la melancolía y el duelo tienen como componente que los une el hecho de la “inapetencia del mundo”, es decir, a la persona el mundo le resulta sin sabor, sin color, y deja de ser atractivo. Su tesis con respecto al duelo es que para Freud existe un apego interno con la persona fallecida o con “la abstracción del objeto”, sabiamente Freud deja entrever que los seres humanos tenemos pérdidas de todo tipo y que nos apegamos a todo tipo de cosa o circunstancias. Alcanzar cerrar un duelo equivale a que la persona deja de sentir ese apego, se siente liberado y se puede apegar nuevamente con una persona viva.

La melancolía para Freud es un estado de ánimo profundamente doloroso, se deja a tras el interés por el mundo, existe una perdida den la capacidad de amar, se disminuyen las propias funciones y se nota una disminución del amor propio. Si te entregas por completo al duelo, entonces entras a la melancolía.

Al final el principio de la realidad impera, y toda la perturbación derivada de la pérdida se deja atrás. Freud es uno de los principales exponente en el tema del duelo y aunque solo escribió un solo libro sobre este tema, es siempre usado de referencia en el análisis del duelo.

La teoría de la afectividad de Bowlby acerca del apego y del vínculo paterno es otra de las teorías que más se estudian con respecto del duelo. Bowlby habla de la separación afectiva temprana entre los padres y los hijos. Está enmarcada en la teoría evolutiva y el psicoanálisis.

Los estudios demuestran que la separación de los niños a edades más tempranas tiene mayor influencia en edades posteriores de las que se dieron en edades más tardías. Menciona que las separaciones más dolorosas en los infantes son: divorcios de los padres, enfermedad grave, muerte de uno de los padres.

La afectividad es un punto importante para este autor, ya que es un lazo que se afianza en un periodo de tiempo para finalmente ser parte de la estructura psíquica del infante, si se da en este periodo una ruptura de ese lazo, ya sea porque no está la madre o no le da la atención necesaria, o alguien más cuida al infante, entonces el niño atraviesa por diferentes expresiones, que van desde la desesperación, la protesta, el enfado , el dolor agudo y una actitud defensiva, que se expresa como alejamiento de la madre.

En términos concretos la separación de los padres que el niño puede atravesar repercute en sus desarrollo mental posterior, he aquí la importancia de esta aportación. Se habla en esta teoría de la angustia de separación, que es el miedo del objeto amado, aquí de alguna manera se nota la influencia de Sigmund Freud. En los siguientes temas se retoman los aspectos que Bowlby considera como etapas en el duelo.

La Doctora Elizabeth Kubler- Ross es mundialmente conocida como fundadora de la Tanatología, ciencia que se encarga de los aspectos del bien morir. La doctora Kubler-Ross se inició en el trabajo con los enfermos mentales en donde inicialmente los escuchaba y estaba con ellos, después de cuatro años de este trabajo, notó que empezaban a tener una vida más autónoma.

Posterior a ellos se interesó en los enfermos terminales en donde realizó el mismo proceso, siempre se mostraba abierta a lo que le querían decir, siempre dispuesta a escucharles. A partir de estas experiencias comenzó a detectar una serie de fases por las que pasaban los enfermos terminales. Las cientos de historias que escuchó acerca de la vida después de la muerte, le hicieron que explicara la posibilidad de tener conciencia aun después de la muerte. Sentó las bases para que las personas en fase terminal fueran debidamente acompañadas y ayudadas en este periodo tan crucial de la vida humana.

La doctora escribió numerosos libros en donde se detallan todas estas experiencias y en donde informa su proceder como alguien interesada en un tema, para entonces tabú: la muerte y que hay después de ella. Entre los libros más significativos, están: La rueda de la vida, La muerte un amanecer, Los niños y la muerte, La muerte y los moribundos, Aprender a morir, aprender a vivir, entre otros.

2.2.3 Modelos que explican el duelo como fases

Los diferentes modelos proponen etapas o momentos durante el duelo. El primero que abordaremos es el de la doctora Elisabeth Kübler-Ross, el cual fue propuesto en el año de 1969, el cual consta de cinco etapas: La primera que considera es la de Negación: “Sucede al momento de recibir la noticia, e implica que la persona abiertamente

manifiesta su negación ante el hecho con una expresión equivalente a: “esto no puede estar sucediendo” o “no puede ser” (citado por Zambrano, 2004, p.21).

Ira: la expresión de enojo puede ir dirigida hacia uno mismo, hacia la persona que murió, hacia el personal médico y en general a cualquier persona o cosa que se vincule con la pérdida del familiar. Surge la pregunta: ¿por qué yo? Debajo de esta ira se encuentra un gran dolor y tristeza acumulada, por ello es recomendable que se exprese.

Depresión: la persona siente desesperanza, siente depresión porque nada está funcionando, siente que el tiempo se acaba, los tratamientos no funcionan, se debilita, no puede seguir dando una buena cara. Su ira, su negación sucumben ante el sentimiento de un gran dolor, sus gestos, su mirada puede expresar esta gran tristeza.

Aceptación: al enfrentarse a la muerte la persona pasa por una sensación de calma y tranquilidad, su destino no le deprime ni asusta, ya expresó sus sentimientos experimentados, ha desahogado todo su dolor, habrá llorado todo lo que dejaría, todo lo que quería hacer, etc. la tranquilidad, la contemplación aparecen en esta fase. En esta fase la persona no quiere visitas, no quiere hablar, no le interesa el mundo exterior, solo requiere de pocas personas o gestos de sentirse acompañado, sin comunicaciones verbales.

La autora que explica que las fases pueden coexistir, y no menciona periodos de tiempo específicos, depende de cada persona,

El modelo de Parkes (1972), menciona cuatro fases que son;

Aturdimiento: los sujetos en los que observó esta fase, se mostraban aturdiditas, atontadas. Confundidas, en menor o mayor grado, también se expresa la negación ante el hecho.

Añorar y retener: en esta fase la persona puede aceptar la muerte, pero puede también tener fantasías de que volverá la persona, puede sentir que la persona esta presente.

Depresión: desde la tristeza y la desesperanza se vive de que no puede haber vínculo con la persona perdida, la persona se siente incapaz para reorganizar su propia vida. No puede reunirse de nuevo con el ser querido.

Recuperación: en esta fase se acepta la pérdida y se aumenta el equilibrio emocional, se empiezan a retomar los roles abandonados, puede haber tristeza pero no aguda, puede haber dolor, pero no agudo. Se ha elaborado el duelo de una manera adecuada.

Para Parkes, el duelo en la infancia es más difícil y puede generar problemas en el desarrollo de la personalidad (como se citó en Gamo y Pazos, 2009).

Y el modelo de J. Bowlby (1986) para este autor la pérdida afectiva, provoca desapego, así como resentimiento, tristeza y puede llevar a la depresión; para él un duelo normal pasa por cuatro fases: Embotamiento de la sensibilidad (aturdimiento), añoranza y búsqueda, desesperanza, desorganización y reorganización. A continuación se describen las etapas que propone Bowlby (como se citó en Yildy, 2008):

Aturdimiento: esta fase puede demorar horas o semanas, puede estar presente también la negación, además de emociones como ira y aflicción.

Añoranza y búsqueda: esta fase puede demorar meses o años, puede aparecer aquí algún duelo patológico, se presentan emociones como la ira y la frustración. Está presente una tristeza profunda, por la figura perdida.

Desesperanza y desorganización: en esta fase se hace una redefinición de sí mismo frente a la pérdida y al objeto perdido, es decir, sus modelos representativos se remodelan y se dirigen a la adaptación.

Reorganización: en esta fase la persona logra por fin integrar la pérdida y avanzar en su vida, con una nueva manera de relacionarse con el objeto perdido.

Bowlby (1963) también afirma que el duelo en un infante se asemeja a un duelo de un adulto “las reacciones de duelo que se observan a menudo en la lactancia y en la temprana infancia muestran muchos de los rasgos que constituyen el sello característico del duelo patológico en el adulto” (como se citó en García, 2013, p.504)

Para este autor la pérdida afectiva fue observada principalmente en la etapa de la infancia ante la pérdida de la madre, su concepto más famosos es sobre el apego y ante la pérdida de la madre el infante reacciona con protestas y expresa una gran necesidad de recuperar a la madre perdida, terminando por ceder a la desesperanza, la ansiedad de separación observada se asemeja a la de cualquier adulto ante una pérdida semejante.

Otros modelos son el de Horowitz (1986) que incluyen las fases de:

Protesta: es una respuesta emocional muy intensa, se presenta llanto intenso, gritos, mucha angustia.

Negación aturdimiento: se niega la pérdida, es una manera de amortiguar el shock sufrido. Mejor no se piensa en eso.

Intrusión: constantemente presente el dolor, en forma de pensamientos y sensaciones, muchas veces de manera involuntaria.

Translaboración: es atravesar toda esta experiencia de dolor ante la pérdida.

Terminación: esta es la etapa final del duelo. Se produce una integración de la crisis, la persona continua con su vida, integrando la pérdida.

Para Horowitz (1980) el duelo representa para las personas un retroceso en cuanto a la autopercepción, puesto que se sienten inútiles, infantiles, inadecuadas y con una personalidad quebrantada (como se citó en Alberola, Adsuara y López, s.f)

Y el modelo de Worden en 1997 incluye las siguientes tareas:

Aceptar la realidad de la pérdida: la muerte siempre sorprende aun cuando la persona ha tenido una enfermedad por años y finalmente muere, la primera tarea consiste en afrontar la realidad de que la persona se ha ido para siempre, que no volverá, que no es posible un reencuentro, si ocurre un bloqueo la persona espera un retorno, se niega la muerte, niega la realidad.

Experimentar el dolor del duelo: el dolor puede ir desde lo físico, lo emocional y lo espiritual, es necesario reconocer y trabajar cada una de estas manifestaciones de lo contrario se pueden manifestar en una conducta inadecuada o en una expresión de enfermedad psicosomática. Si se evita o se suprime el dolor este puede volverse crónico, el dolor es inevitable y la intensidad del mismo es siempre variable, pero siempre presente cuando se ha establecido un vínculo emocional significativo

Ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está: esta fase es siempre dependiendo del rol que ocupaba la persona fallecida, por ejemplo si era un esposo, entonces la esposa tendrá que enfrentarse a vivir sola, a educar a los hijos sola, a llevar una economía sola, etc., para el superviviente puede llegar a ser abrumador el darse cuenta de cuantos roles ocupaba el difunto y adaptarse a ello lleva cierto tiempo. Esta etapa también

los confronta con su propio rol en la vida, cuestionan muchas veces su sentido de vida ahora que una persona significativa se ha ido, cuando se ha podido enfrentar esta tarea de manera efectiva, la persona tiene ahora nuevas formas de enfrentarse al mundo

Recolocar al fallecido emocionalmente: la persona necesita colocar al fallecido en un plano psicológico en donde tenga un espacio definido pero que deje lugar para nuevas personas y de esta manera continuar viviendo de manera eficaz, una manera de darse cuenta que se ha llegado a esta fase es cuando la persona puede hablar de la persona fallecida sin dolor, no significa que pueda existir cierta tristeza pero no es un dolor que este persistiendo, otra pista es notar que la persona tiene emociones hacia la vida y en los vivos

Worden propone el concepto de tareas, porque implica que la persona tenga una actitud más activa y no solo pasar unas fases, en ese sentido coincide con Freud, pues este autor se refiere a “trabajo de duelo” y hace referencia a que la pérdida genera la necesidad de llevar a cabo una serie de tareas (como se citó en Fernández y Rodríguez, 2000).

2.2 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

La enfermedad es una situación humana que hace reflexionar acerca de la finitud de todos los procesos y experiencias, para el ser humano estar enfermo nunca es fácil, pues en su mente esta inherente el deseo de vivir, cuando se enfrenta a una situación que pone en

riesgo su integridad, empieza a tener marcadas manifestaciones emocionales. Diversos profesionistas se enfrentan a esta crisis humana, uno de ellos, muy importante es el personal médico. Su más grande reto es que las personas sigan al pie de la letra el tratamiento recetado; a continuación reflexionaremos sobre varios aspectos de la adhesión al tratamiento médico.

2.2.1 Concepto de Adhesión al tratamiento

La adhesión o adherencia al tratamiento de acuerdo con Areneda (2012) refiere que en la literatura se ha optado por hablar de observancia, cumplimiento, adherencia o fidelidad terapéutica. En otros países se habla de cooperación, alianza terapéutica, observancia, cumplimiento, en México se usa más: adhesión al tratamiento.

Una de las definiciones más aceptadas es la de Haynes en 1979: “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (citado en López, Romero, Parra, Rojas, 2015, p. 119).

Como podemos notar el concepto hace referencia a qué tanto el paciente se apega a lo prescrito por el personal de salud, va desde el medicamento a la dieta, hasta realizar caminata o abandonar algún hábito perjudicial.

El personal médico tiene dos métodos principales para saber si el paciente se ha adherido al programa, uno directo y otro indirecto, en cuanto a los métodos directos Ostenberg (2005) menciona la observación directa, la medición del nivel del medicamento o metabolismo en la sangre y la medición del marcador biológico en la sangre, los métodos indirectos incluyen autoinformes de los pacientes, recuentos de pastillas, tasas de recarga del medicamento, diarios de pacientes, marcadores fisiológicos y monitoreo electrónico (como se citó en López, 2015).

Adhesión al tratamiento en caso de una enfermedad crónica

No es lo mismo para una persona estar recientemente enferma, con respecto de llevar varios años enferma. El comportamiento del enfermo presenta variantes interesantes que a continuación se analizan.

La Organización Mundial de la Salud en 2003 menciona que cuando se presenta un estado agudo de enfermedad, las personas se adhieren mucho más al tratamiento farmacológico y por ejemplo al de dieta, o cambio de hábitos, pero en pacientes que llevan más de seis meses de tratamiento se nota una caída notable de adhesión (como se citó en Conthe y Tejerina, 2007).

Una desviación del tratamiento médico conlleva al empeoramiento de los síntomas y signos, que pueden derivar a la hospitalización, los pacientes aunque saben los riesgos, algo pasa con ellos y no lo toman en serio, hasta que terminan en los servicios de urgencias. Piensan que por haber llevado ya el tratamiento por un periodo para ellos largo, entonces ya no les puede ocurrir nada, pero esto es falso a todas luces, la enfermedad ataca severamente cuando se abandona el tratamiento.

Es importante comprender que la adherencia al tratamiento no se puede analizar de manera aislada, se debe comprender que es una situación multifactorial, en este sentido Ramos (2015) contempla que se pueden analizar algunos de estos factores como el socioeconómico, el equipo de asistencia sanitaria, la propia enfermedad, el propio tratamiento y el paciente en general. Todos estos factores deben de confluir favorablemente para la adhesión adecuada.

En cuanto al factor socioeconómico se puede analizar que el analfabetismo, un bajo nivel adquisitivo, el desempleo, la falta de redes de apoyo, etcétera, complica mucho la adhesión al tratamiento, hay casos en que solo tiene que invertir en los pasajes, pero en muchos casos, no se tiene para trasladarse a la clínica.

El factor referente al equipo de salud que se ocupada de la atención de la enfermedad, muchas veces este personal aunque quiera dar el mejor servicio se ve enfrentado a la cruda realidad que no hay medicamento y saber que la persona no tiene medios económicos para adquirirlos, también puede ocurrir que los equipos no están funcionando y que se adaptan a lo que pueden realizar, se puede unir a estas situaciones el

estrés por las cargas de trabajo, la desesperanza en que se mejoren los sistemas de salud, la falta de incentivos, la falta de adiestramiento, etcétera, son situaciones muy difíciles también para el personal de salud.

En cuanto a los factores relacionados con el tratamiento, se pueden analizar que puede existir un fracaso reiterado en tratamientos médicos, que tan rígido es el régimen, la duración del tratamiento, los efectos de los medicamentos y el apoyo del médico para enfrentar todo este proceso.

En los factores relacionados con el paciente, se puede encontrar que las actitudes, el conocimiento, la motivación y las expectativas son fundamentales para adherirse al tratamiento, por el contrario, la angustia, la ansiedad, la desmotivación, el estrés, el olvido, etc. son aspectos desfavorables para la adherencia al tratamiento.

Todos estos factores deben ser contemplados cuando un paciente tiene que apegarse estrictamente a un tratamiento médico. El personal de salud debe tener contemplado que no siempre es fácil y que no siempre es una cuestión de querer o no apegarse a un tratamiento. Hay otros muchos factores que intervienen, el personal multidisciplinario (cuando lo hay), entra en juego, el papel del psicólogo, la trabajadora social, el médico, la enfermera y cualquier otro personal puede coadyuvar para que una persona enfrente con más elementos la crisis de la enfermedad crónica.

2.2.2 La falta de adherencia

Que tanto se adhiere el paciente a su tratamiento, se corrobora con los aspectos que ya se mencionaron con anterioridad, en este apartado se analizan algunos datos estadísticos que informan acerca de la falta de adherencia.

El 50% de los enfermos crónicos tienen falta de adherencia al tratamiento, tal como lo informa el World Health report, en el 2003, menciona además que es más baja en países en desarrollo, WC et al. , (2016) mencionan que la diabetes tienen un porcentaje de adherencia de 33 al 34%, indicando que las tasas de adherencia son bajas en enfermedades crónicas independientemente de la enfermedad (cáncer, hipertensión, VIH-SIDA) y del estadio de gravedad (citado por Ara, 2009).

En un estudio sobre hipertensión, en Cuba, Jiménez, Siverio, Chala, Brito y Armada (2017), indican que en la muestra de 102 pacientes, la falta de adherencia era del 58.8%, sus resultados muestran que esto se deriva de un “seguimiento incorrecto, una prescripción inadecuada y profesionales con insuficientes conocimientos sobre hipertensión arterial y su terapéutica contribuyeron a la falta de adherencia” (p.10).

En México la Fundación Mídete (2016) menciona que el tratamiento médico de la diabetes debe incluir el manejo de los fármacos y el tratamiento que incluye la

alimentación saludable y el apego a un estilo de vida, aunque esta es una normativa, desafortunadamente no se cuenta con los recursos para llevarlo a cabo, a este respecto cito lo siguiente:

Lamentablemente en México, carecemos de un seguimiento apegado a la normatividad y recomendaciones internacionales, lo que dificulta el adecuado control de la enfermedad, así como una falta de seguimiento del tratamiento por parte de los profesionales de salud y una falta de adherencia del mismo paciente. A pesar de que México cuenta con una Estrategia Nacional para el control de la diabetes, la cual establece los indicadores para el control glucémico, no se acompaña de recursos para que las instituciones de salud puedan garantizar las pruebas de HbA1C a todos los pacientes en seguimiento, tampoco se establece la periodicidad adecuada para la realización de esta prueba (3 meses), de acuerdo con la NOM (p.34).

La falta de adherencia se expresa desde diferentes frentes, como podemos notar en este apartado. Cuando un problema es multifactorial, es necesario sumar todos los esfuerzos desde diferentes flancos; así cada uno aporta una parte de la solución.

2.3 DIABETES MELLITUS TIPO II

En los últimos años la enfermedad de la Diabetes ha ido en aumento en el mundo, varios países han incluido esta enfermedad como problema de salud pública, la Organización

Mundial de la Salud (OMS), menciona que la diabetes afecta entre un 10% y 15% de la población adulta de América Latina y del Caribe, para el 2025, la prevalencia se estima en 65 millones de enfermos (Irogen, Ayala, Ramírez y Calzada, 2017).

De acuerdo con la Fundación Mídete (2016), México ocupa el sexto lugar a nivel mundial en cuanto a la diabetes y el primer lugar en mortalidad en América Latina y el tercer lugar en el mundo. Lugares que no son honroso y que el gobierno mexicano hace valiosos esfuerzos por disminuir las estadísticas, sin conseguirlo.

2.3.1 Concepto

La enfermedad de Diabetés Mellitus se define como “alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizada por hiperglucemia crónica y trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina”, en la acción de las mismas o en ambas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1999, como se citó en Guía Práctica Clínica sobre la Diabetes tipo 2, 2008).

Por otro lado Conget, (2008) la define como “una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas, de los lípidos”.

La Diabetes Mellitus tipo 2 “es una enfermedad que afecta la forma que el cuerpo utiliza la glucosa (azúcar). Generalmente, cuando el nivel de azúcar en la sangre aumenta, el páncreas produce más insulina. La insulina ayuda a extraer el azúcar de la sangre para que pueda usarse en la producción de energía. La diabetes tipo 2 se desarrolla ya sea porque el cuerpo no puede producir suficiente insulina, o no la puede usar correctamente. Después de muchos años, su páncreas podría dejar de producir insulina” (Heald, 2015, p. 23).

Como podemos notar la Diabetes Mellitus tipo 2, es la variedad más frecuente de la diabetes en su definición indica que existe hiperglucemia crónica y que esta presencia desestabiliza todo el organismo.

2.3.2 CONSECUENCIAS

De acuerdo con Carmena (s.f), es una enfermedad progresiva y se identifican tres componentes: “1) existencia de resistencia a la acción de la insulina en el músculo, tejido adiposo e hígado, 2) déficit autoinmune de la secreción de insulina por la célula beta y aumento de la producción hepática de glucosa en ayunas y postingesta” (p. 81).

En el tipo de diabetes tipo 1, la consecuencia es la insuficiencia renal crónica, el resultado final es la diálisis o trasplante renal, en la Diabetes Mellitus tipo 2, que es la que nos ocupa en esta investigación, las enfermedades cardiovasculares son la

principal causa de morbilidad y mortandad, además de la enfermedad coronaria (cardiovascular) y las afectaciones de las diferentes arterias del cuerpo, derivado de estas afectaciones se presentan retinopatías, accidentes cerebrovasculares y la artereopatía periférica (Palma, Calderon y de la Calle, 2005).

La consecuencia principal es que la diabetes es crónica y que hasta la actualidad no tiene cura, lo único que se puede hacer es mantenerla controlada, si se hace esto de manera adecuada la persona reduce las complicaciones a largo plazo, como ya hemos visto, las complicaciones se derivan de un inadecuado manejo de la enfermedad, en este caso, una no adherencia al tratamiento en general.

2.3.3 Causas

Dos factores muy relacionados con la Diabetes es la obesidad y el sobrepeso, son los dos factores más importantes.

Otro factor es el hereditario, pues quien tiene antecedentes familiares de diabetes tiene más riesgo de desarrollarlo. El sedentarismo, un modo de vida muy actual, el cual no deja mucho tiempo para ejercitarse, por lo que se deja sin favorecer la acción de la insulina (paso de la glucosa sobre todo el musculo esquelético, que es responsable directo de todo la actividad muscular), la dieta con exceso de calorías muy común en nuestra forma de comer, vinculado a comer de más o la comida chatarra, aumenta la probabilidad de Diabetes Mellitus tipo 2. El estrés, enfermedades por virus, traumatismos abdominales, pueden también contribuir a la Diabetes.

Finalmente en México se presentan todos estos factores causales, es un problema complejo, anunciado muchas veces como epidemia, todos los aspectos deben de confluír para mantener a la persona en condiciones óptimas, pues como enfermedad incurable, no se debe olvidar que es controlable y que el paciente tienen derecho a tener una calidad de vida aceptable.

2.3. 4 TRATAMIENTO

Como ya se dijo esta enfermedad es controlable, si la persona se adhiere al tratamiento, no tendría que tener serias complicaciones, en este apartado se contempla los principales tratamiento ante la Diabetes Mellitus tipo 2.

El objetivo de los tratamientos de acuerdo con Reyes, Pérez, Figueredo, Ramírez, Estupiñan y Jiménez. (2016), se centran en las siguientes acciones: que el paciente no presente síntomas ni signos de hiperglicemia, así como impedir o disminuir complicaciones agudas y que la persona pueda realizar normalmente sus actividades laborales, físicas y mentales con la máxima calidad de vida.

Existe dos tipos de tratamiento con respecto de la diabetes Mellitus tipo 2: el primero de carácter preventivo y segundo es un tratamiento no farmacológico.

Reyes et al., también encontraron que en el tratamiento preventivo las personas pueden retrasar su aparición de la enfermedad, a través de programas estructurados que cambian sus estilos de vida. Se menciona que el 58% de los pacientes propensos a la enfermedad, reducen en tres años su aparición con el uso de los siguientes medicamentos: acarbosa, metformina, replaginida y rosiglitazona. Con respecto al tratamiento no farmacológico, especialmente la reducción de peso es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente los problemas metabólicos de las personas diabéticas, además se debe incluir un plan de educación terapéutica, ejercicio y alimentación sana.

Un factor importante en cuanto al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, es la hemoglobina glucosilada la cual “constituye el parámetro que mejor refleja la glucemia media de los tres meses previos, y es un potente predictor de la aparición de complicaciones relacionadas...Para decidir a partir de qué cifra de HbA_{1c} se debe tratar farmacológicamente la hiperglucemia, es necesario establecer primero el objetivo de control individualizado” (Fundación GDPS, 2016, p. 59).

En esta misma línea la Fundación GDPS, explica que después de realizar una serie de análisis en cuanto al tratamiento, resumen que: “la mayoría de los estudios analizados han evaluado básicamente combinaciones de tratamientos más que fármacos

específicos y tratamientos más intensivos frente a menos intensivos para obtener una diferencia más que tratar según el efecto en sí mismo en la glucemia” (p.59).

Como puede notarse el tratamiento va a depender en gran medida de variables muy individuales, es por ello que el médico debe ser experto en Diabetes Mellitus tipo 2, para garantizar que este entendiendo qué es lo mejor para cada paciente y no tratarlo de manera estándar, sino que cada caso requiere intervenciones puntuales para lograr el objetivo de mantenerlo controlado.

2. 4 CLÍNICAS GUBERNAMENTALES DE SALUD

México es un país que se ha esforzado por brindarle a sus ciudadanos servicios de salud que dependan del gobiernos, a continuación se mencionan las principales instituciones y la cantidad de personas que son atendidas, concretándonos en los servicios que brinda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En el sistema público de salud México cuenta con: el ISSSTE, Petróleos mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones y programas que atiende a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud (SSa), servicios estatales de salud (SESA), programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y el Seguro Popular de Salud (SSP). En el sector se encuentran los múltiples

consultorios, las clínicas y hospitales privados y las compañías aseguradoras; aquí también se cuenta los que ofrecen servicios de medicina alternativa (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En su página oficial el ISSSTE publica que busca “satisfacer el bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes. Otorgar seguros, prestaciones y servicios, con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia” (s.p).

De acuerdo con el Instituto Nacional de geografía y estadística 2017, en el 2016, se reporta 12 984, derecho habientes. En Veracruz en el 2017, de acuerdo con lo publicado en Econsulta.com, se atendieron:

En el área de hospitalización de las 85 Unidades Médicas que tiene el ISSSTE en el Estado se registraron, durante el 2017, un total de 8 mil 473 egresos hospitalarios, en los cuales 4 mil 939 fueron casos en los que se tuvieron que practicar cirugías mayores, de estancia corta, menores o de procedimientos auxiliares... el área médica es una de las más importantes que tiene el Instituto, pues hasta el mes de octubre de este año, se han otorgado más de 943 mil 646 consultas de medicina familiar, especialidad

y odontológicas, por lo que a finales de diciembre serán un millón. Además destacó se brindaron casi 5 mil consultas de Telemedicina.

2-4-1 ISSTE – COATZACOALCOS

La Clínica Hospital del ISSTE Coatzacoalcos atiende a cerca de 98 mil derechohabientes, mismos que llegan desde San Andrés hasta Las Choapas, en Coatzacoalcos se atienden a 33 mil 851 usuarios, esta clínica cuenta con una plantilla de 189 empleados.

Originalmente se encuentra ubicada en la calle Náhuatl número 20, de la colonia FOVISSSTE, pero derivado del sismo se encuentra cerrada de forma total desde el día viernes 29 de septiembre del presente año, por daños en su infraestructura; a este respecto de acuerdo a lo publicado en Formato 7, la en una reunión de trabajo con los Subdelegados de Administración y Médico, Shakira Yep Guizar y Gustavo Montero Olvera, “sobre el estatus que tiene la C.H del ISSSTE en Coatzacoalcos, después del sismo del 19 de septiembre, la Delegada del ISSSTE en Veracruz, Elizabeth Morales García aclaró que la instrucción fue iniciar con el dictamen técnico del inmueble para salvaguardar, en todo momento, a los derechohabientes y trabajadores de la Institución”, por lo que la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Coatzacoalcos, “desde el día viernes seis de octubre, estará operando, de forma provisional, desde un nuevo inmueble ubicado en la Avenida

Miguel Ángel de Quevedo Número 1224, esquina con calle Mariano Matamoros en la colonia María de la Piedad, para permitir la revisión total y rigurosa del nosocomio que resultó afectado por el pasado sismo del 19 de septiembre”.

La clínica del ISSTE Coatzacoalcos, sigue trabajando a marchas forzadas y condiciones no óptimas atendiendo a los derechohabientes de su región.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de investigación

En esta investigación se optó por el enfoque cuantitativo, pues lo que se quiere es analizar si existe la etapa de negación y como esta causa la baja adherencia. Como podemos notar interviene una medición de la variable dependiente, que corresponde a si es alta, baja o media la adherencia al tratamiento.

3.2 Tipo de estudio

La investigación de tipo explicativo, puesto que busca establecer relación de causa efecto. Como se sabe, la explicación fundamenta una o más causas posibles entre dos eventos. Por medio de lo que contesten los participantes en el estudio se podrá establecer la relación causal entre ellas, se podrá aceptar o refutar la hipótesis.

3.3 Población

Los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz.

La estadística disponible indica que las defunciones por DM , ene 1 2012 (Jurisdiccion Sanitaria Veracruz), para coatzacoalcos fue de : 533 (Secretaría de Salud, 2013).

No se cuenta con más estadísticas locales.

3.4 Muestra

La muestra quedó conformada por 100 pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2, sus características son: el 70% son mujeres y el 30 % son hombres. El 60% de la muestra está en etapa adulta tardía, 20% en etapa adulta media y solo el 10 % son adultos tempranos.

El 30% son personas aún activas en un trabajo formal y el 70% ya está retirado. El 40% adquirió la diabetes Mellitus hace 10 años, el 20% hace 5 años, el 30% tiene menos de 5 años y el 10% lo contrajo hace un año o menos. Las condiciones socioeconómicas son de clase media para todos los participantes.

3.4.1 Tipo de muestreo

Censo.

Se procedió a investigar a todos los participantes porque se consideró pertinente, ya que no representan una cantidad que el investigador no pueda manejar adecuadamente.

3. 5 Instrumento de recolección de datos.

Inventario Texas revisado de duelo, de los autores García, Landa, Trigueros y Gaminde, del año 2005, el cual está dividido en dos partes, la parte I: comportamientos del pasado, incluye ocho ítems, con cinco opciones de respuesta cada uno, la parte II: Sentimientos actuales, incluye 13 ítems, con cinco opciones de respuesta tipo Liker.

Las opciones de respuesta se puntúan de la siguiente manera:

Completamente verdadera: 5

Verdadera en su mayor parte: 4

Ni verdadera ni falsa: 3

Falsa en su mayor parte: 2

Completamente falsa: 1

Para integrar el puntaje se suman las puntuaciones de ambas partes.

La parte I, tiene 4 puntos máximos y la parte II tiene 65 puntos como máximo, es un Inventario que se puede autoaplicar y el tiempo aproximado es de 20 minutos.

Este Instrumento hace referencia un duelo por muerte de un ser querido, se realizó la adaptación de tres ítems de la parte II: Situación actual, cambiando la idea de muerte por enfermedad.

Proceso de recolección de los datos

Se aplicó el Inventario en tres sesiones, en dos sesiones se tuvieron a 33 participantes y en la última a 34. Posterior a la aplicación, se pasó al vaciado de datos, para poder obtener el puntaje total.

Se analizaron los ítems más relevantes con respecto a la etapa de la negación, para un análisis más detallado, seleccionándose los siguientes ítems:

Parte II: Situación actual

Ítems	Adaptación
3. No puedo aceptar su muerte	3. No puedo aceptar mi enfermedad
10. Creo que no es justo que haya muerto	10. Creo que no es justo que esté enfermo
12. Soy incapaz de aceptar su muerte	12. Soy incapaz de aceptar mi enfermedad

Se pasó a calificar el inventario y a presentar las gráficas.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados surgen a partir de lo que los participantes contestaron en el inventario de Texas revisado de duelo.

Se presentan las tablas organizadas de la siguiente manera, se presentan resultados en tablas y posteriormente en gráficas de barras.

Tabla 1. Tablas de porcentajes de los ítems

Tabla del ítem 3:

3. No puedo aceptar mi enfermedad				
5	4	3	2	1
53%	34%	23%	0%	0%

Tabla del ítem 10:

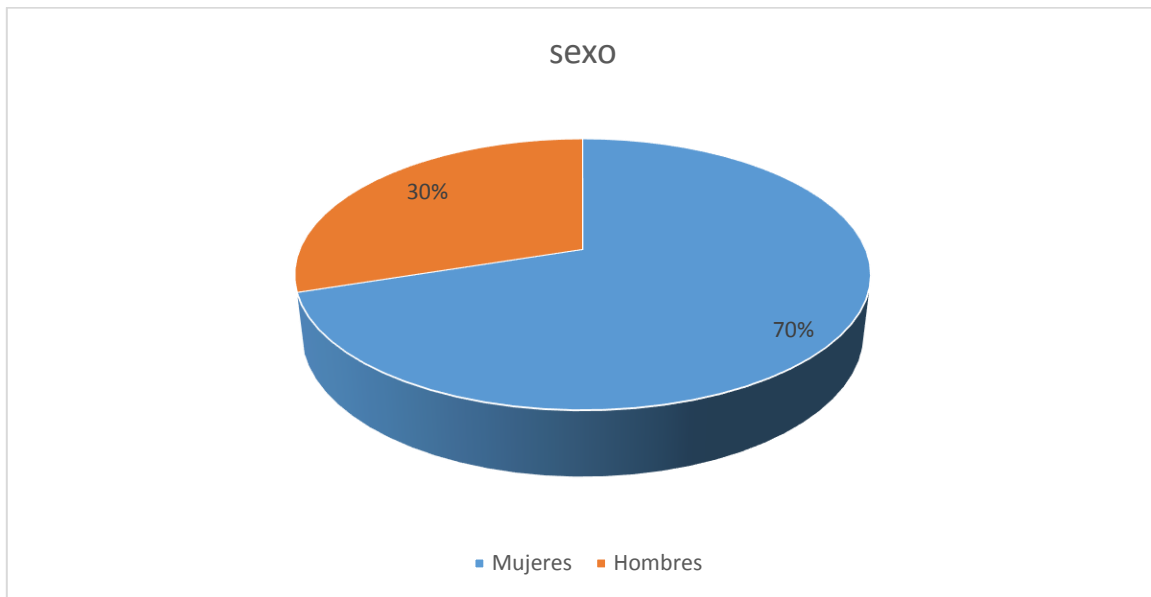
10. Creo que no es justo que esté enfermo.				
5	4	3	2	1
41%	26%%	18%%	10%	5%

Tabla del ítem 12:

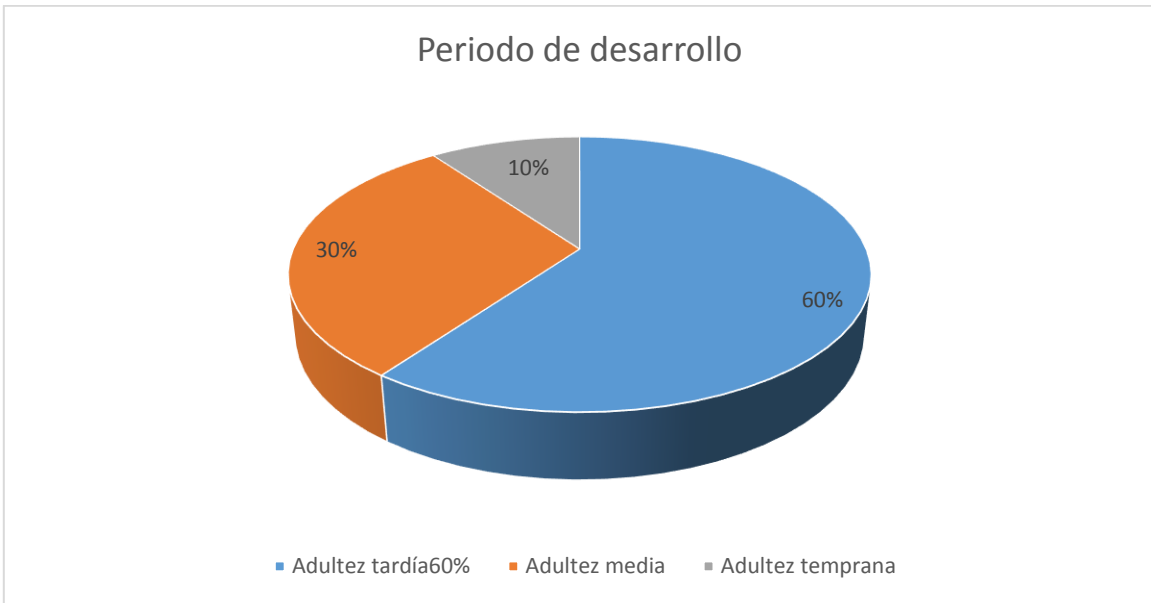
12. Soy incapaz de aceptar mi enfermedad				
5	4	3	2	1
64%	21%	10%	3%	2%

4.2 Graficas

Las siguientes gráficas representan los datos de la muestra:



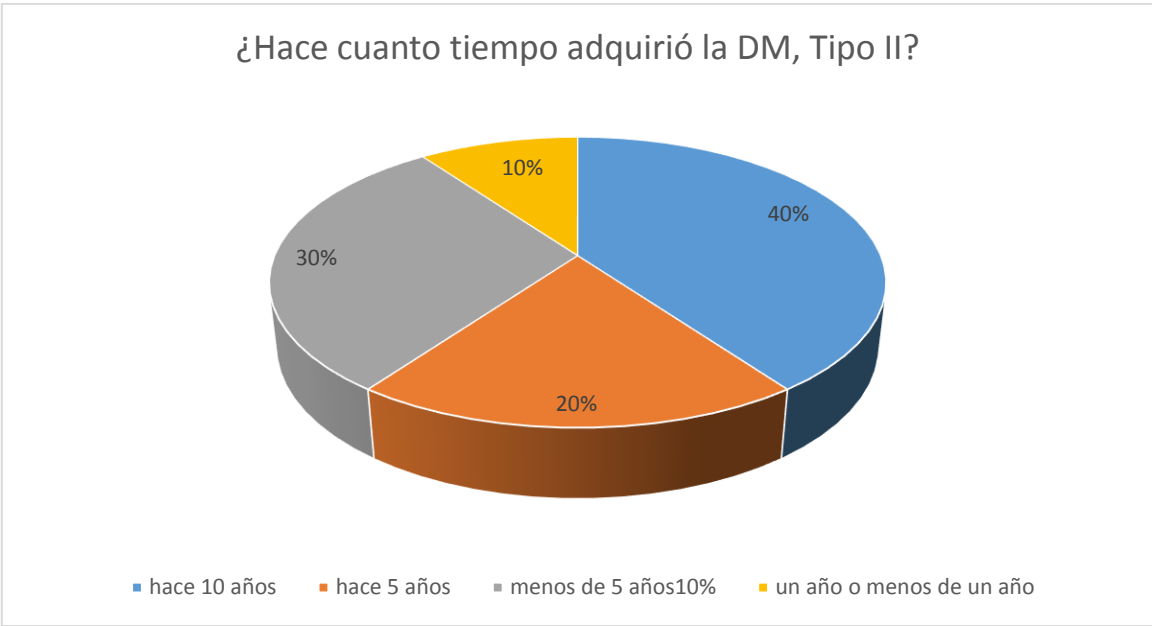
La gráfica muestra que el 70% de la muestra son mujeres.



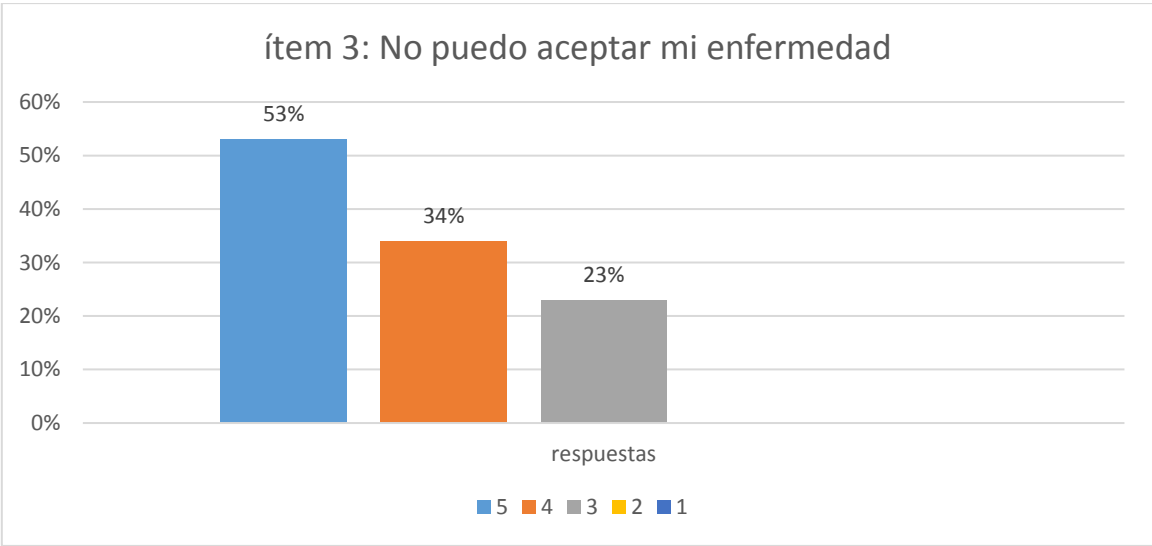
La gráfica muestra que el 60% son adultos tardíos, el 30% pertenece a la adultez media y solo el 10% la adultez temprana.



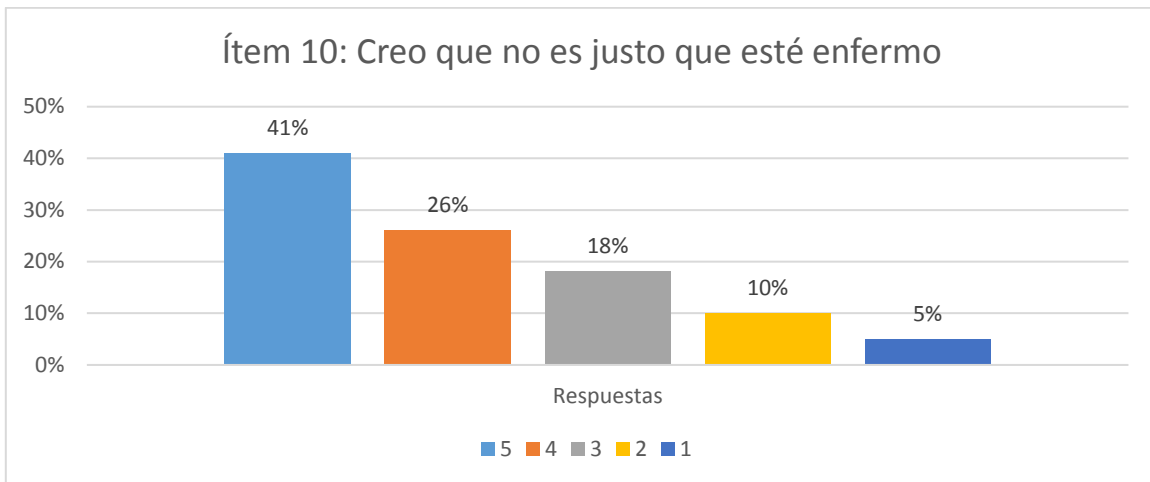
La gráfica muestra que el 70% de la muestra está retirado de todo trabajo.



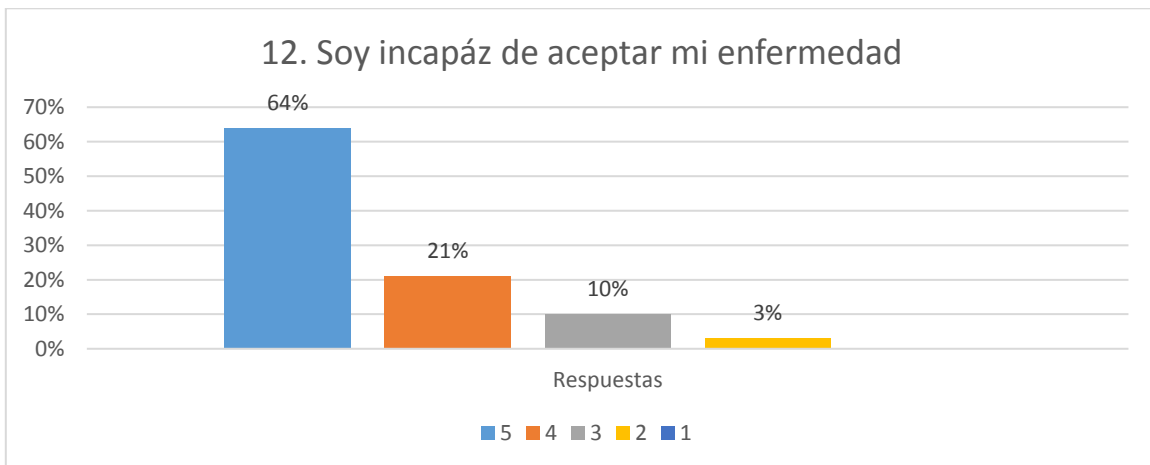
La gráfica muestra el tiempo que tiene la persona con la diabetes, el 40% menciona que 10 años, el 20% que 5 años y el 10% un año o menos.



La gráfica muestra que el 53% considera completamente verdadera que no puede aceptar su enfermedad, el 34% afirma que en gran parte no puede aceptar la enfermedad y el 23% respondió que el ítem es ni falso ni verdadero.



El 41% de los encuestados menciona que esta frase es completamente verdadera, el 26% menciona que es verdadera en su mayor parte, el 18% contestó que la afirmación es ni verdadera ni falsa, el 10% contestó que es falsa en su mayor parte, y el último 5% contestó que es completamente falsa.



El 64% mencionó que la afirmación “soy incapáz de aceptar mi enfermedad” es completamente verdadera, el 21% mencionó que es verdadera en su mayor parte, 10% mencionó que es ni verdadera ni falsa, por último el 3% mencionó que es completamente falsa.

4.3 Análisis de datos

Los datos que arroja el instrumento, indican que los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz; presentan negación de acuerdo con el ítem no, 3, pues el 53% considera completamente verdadera que no puede aceptar su enfermedad y el 34% afirma que en gran parte no puede aceptar la enfermedad; el ítem no. 10, tiene los siguientes porcentajes, el 41% de los encuestados menciona que el ítem: “Creo que no es justo que esté enfermo” es completamente verdadera, el 26% menciona que es verdadera en su mayor parte, por último en el ítem 12: “Soy incapaz de aceptar mi enfermedad”, el 64% mencionó que la afirmación es completamente verdadera y el 21% mencionó que es verdadera en su mayor parte.

Como se puede notar los porcentajes están todos por encima de 50% en cuanto a que están de acuerdo con las aseveraciones planteadas, las cuales describen sentimientos de negación de la enfermedad (no aceptación, injusticia), por otro lado el sentimiento de sentirse incapaz de aceptar la enfermedad rebasa el 60% para quienes la sienten completamente verdadera.

En cuanto al análisis de otras variables se hace notar que el 70% de la muestra son mujeres, el 60% son adultos tardíos, el 40% tiene más de 10 años con la enfermedad y por último el 70% está retirado de las funciones laborales

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad que día a día cobra vidas humanas en gran parte del mundo, para varios países representa un problema de Salud pública, los gobiernos invierten muchos recursos (económicos y humanos) para atender a miles de pacientes diagnosticados, independientemente de todas las acciones ejecutadas, la cifra en lugar de disminuir aumenta.

El enfermo de Diabetes se enfrenta a una enfermedad silenciosa, aparentemente sin síntomas graves, pero que es crónica y degenerativa, por lo que esta enfermedad necesita de un tratamiento de por vida. En México, la cultura del Mexicano es atender su salud física, sólo cuando está muy grave, esto derivado a que no se está acostumbrado a un chequeo semestral o por lo menos anual de su sistema integral de salud, lo que hace que no tenga conciencia plena de la importancia de la prevención de las enfermedades, por otro lado, la persona que sí está pendiente de su salud, recurre por lo regular a instituciones gubernamentales en las cuales se les brinda un servicio médico que puede ser de bueno a pésimo y que esto hace que los derechohabientes muchas de las veces no quieran asistir a los servicios públicos de salud, vinculados a otros temas tales como: tiempo de espera, calidad del servicio, carencia de medicamentos, etc.

Otro aspecto característicos de los mexicanos es su alta adherencia al tratamiento asignado en la primera fase de la enfermedad (es decir, cuando se tiene el primer contacto y los síntomas son muy molestos y/o graves), en este momento de la enfermedad el paciente se apega estrictamente a todo, lo que incluye, una dieta específica,

un plan de ejercicios, la toma de medicamento a la hora y en la cantidad convenida, el cuidado por parte de los familiares al enfermo, entre otros detalles. Cuando la enfermedad entra en una fase de remisión de los síntomas, entonces el paciente también entra en la fase de “descuido del tratamiento” o propiamente dicho de la falta o baja adherencia al tratamiento. Lamentablemente en enfermedades crónicas degenerativas, si se sigue este patrón de comportamiento, el enfermo tiene altibajos muy peligrosos, pues cada uno repercute negativamente en la salud del paciente.

Todos estos factores atañen a criterios estrictamente biologicistas, olvidando casi por completo los aspectos psicológicos por los que atraviesa una persona que adquiere una enfermedad crónica degenerativa. Los aspectos emocionales que se manifiestan durante la pérdida de la salud, son los mismos que se viven ante otro tipo de pérdidas, tales como la muerte de un ser querido o de un trabajo, por ejemplo. Una de las reacciones primarias en caso de un duelo de acuerdo Kübler-Ross es la negación de la experiencia de pérdida, la cual sirve para amortiguar el golpe y aplazar el gran dolor.

A este respecto, derivado de la experiencia de servicio social en la clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos.

Surgió la idea de indagar más a fondo la experiencia psicológica del duelo, de los pacientes diagnosticados con DM tipo II, por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿La etapa de duelo denominada “negación” es causa de la baja adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz?.

Después de buscar información del tema de interés y de cómo medir esta variable, se resolvió utilizar un instrumento de recolección de datos llamado: Inventario Texas revisado de duelo, de los autores García, Landa, Trigueros y Gaminde, del año 2005, del cual se seleccionaron tres ítems, mismos que adecuaron en cuanto a la redacción. Los principales resultados derivados de la muestra encuestada son: el 70% de los encuestados son mujeres y el 30% son hombres, el 70% está retirado de las actividades laborales. El 60%, son adultos tardíos los cuales comprende las edades 65 años, de acuerdo con Papalia, et al., el 40% tiene 10 años o más con la enfermedad.

En cuanto a los ítems seleccionados por su pertinencia en esta investigación son los siguientes:

3. No puedo aceptar mi enfermedad
10. Creo que no es justo que esté enfermo
12. Soy incapaz de aceptar mi enfermedad

Como se puede notar claramente trata de medir el sentimiento de negación ante la enfermedad y los datos confirman que la persona está en una etapa de negación, aunque ya tenga 10 años o más con la enfermedad o 5 años de padecer la enfermedad.

En el ítem número tres los resultados son los siguiente: el 53% considera completamente verdadera que no puede aceptar su enfermedad, el 34% afirma que en gran

parte no puede aceptar la enfermedad y el 23% respondió que el ítem es ni falso ni verdadero.

Como se puede notar casi el 87% de los encuestados acepta que no puede aceptar su enfermedad o que en gran parte no puede aceptar su enfermedad, lo que denota un sentimiento muy fuerte de negar la realidad que está viviendo, lo que se puede relacionar con el hecho de que la adherencia al tratamiento sea baja o nula.

Con respecto al ítem no. 10 “Creo que no es justo que esté enfermo”, el 41% de los encuestados menciona que esta frase es completamente verdadera, el 26% menciona que es verdadera en su mayor parte, , el 18% contestó que la afirmación es ni verdadera ni falsa, el 10% contestó que es falsa en su mayor parte, y el último 5% contestó que es completamente falsa.

Como se puede notar en este ítem el 77% lo considera injusto o en su mayor parte injusto el hecho de estar enfermo con DM tipo II, lo que muestra que si hay un sentimiento de injusticia, no se vincule entonces con un compromiso personal de cuidarse a sí mismo, lo que llevaría a no adherirse al tratamiento médico.

Y por último el ítem no. “Soy incapaz de aceptar mi enfermedad” los resultados son: El 64% mencionó que la afirmación es completamente verdadera, el 21% mencionó que es verdadera en su mayor parte, 10% mencionó que es ni verdadera ni falsa, por último el 3% mencionó que es completamente falsa.

El 86% menciona que es incapaz de aceptar la enfermedad o que en la mayor parte es incapaz de aceptar la enfermedad, es sorprendente por otro lado que solo el 3% de

los encuestados haya mencionado que es completamente falso que sea incapaz de aceptar mi enfermedad.

Estos resultados muestran cómo los pacientes encuestados realmente niegan el hecho de estar enfermos, lo cual es preocupante porque después de 10 años o 5 años de padecer la enfermedad, no hayan procesado su duelo a la pérdida de la salud. Y estén aun en la primera etapa de las fases de duelo, lo que hace que la adherencia al tratamiento presente altibajos importantes que puedan estar reflejándose en el deterioro paulatino de sus funciones vitales.

Derivado de esto se puede decir que la hipótesis planteada al inicio de esta investigación la cual quedó formulada de la siguiente manera: “La etapa de duelo denominada “negación” es causa de la baja adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, de la Clínica Hospital del ISSSTE No.32 de Coatzacoalcos, Veracruz”, queda comprobada de que en efecto los encuestados están en la etapa de duelo llamada negación y que esta es la causa de la baja adhesión al tratamiento.

En cuanto a las acciones que un psicólogo en el área de las instituciones de salud pública puede ejecutar, se pueden recomendar las siguientes derivadas de esta investigación de campo:

- 1) Manejo de las etapas de duelo para pacientes de enfermedades crónicas degenerativas
- 2) Apoyo tanatológico para el paciente y para los familiares

- 3) Cursos de capacitación a personal de salud, con respecto del duelo ante una enfermedad crónico degenerativa
- 4) Curso de capacitación al personal de salud, con respecto a los factores psicológicos que afectan las adhesión al tratamiento medico

En cuanto a las futuras línea de investigación se recomienda que se hagan propuestas de intervención psicológicas de corte tanatologías durante los primeros seis meses del diagnóstico a una enfermedad crónico degenerativa, esto con la finalidad de que se procese adecuadamente el diagnostico de estar enfermo.

Y para finalizar, otra línea de investigación es que se cree un instrumento que mida en qué etapa de duelo por enfermedad, una persona se puede encontrar, esto sería de gran impacto para futuras intervenciones, pues se sabría claramente qué tipo de intervención el paciente necesitaría.

REFERENCIAS

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, (2008), Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Alberola, C. V., Adsuara, V.L., Reina, L. N., Intervención individual del duelo, Hospital Arnau de vilanova. Valencia, España.

Alina Heald, (2015), página oficial, desde:

https://www.allinahealth.org/mdex_sp/SD2809G.HTM

Ara, J.R., (2009), Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.

Araneda, M. 2009, Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica. Rev Chil Pediatr.; 80(6): 560-569

Bello E. N. V. y Montoya C.P.A, (2016), Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo II y sus factores asociados, Departamento de Enfermería. Universidad del Bío-Bío. Chillán. Chile.

Carmena, R. (s.f), Capítulo 6 complejidad de la diabetes mellitus tipo 2, Universidad de Valencia, Hospital Clínico Universitario, Valencia. Desde:
http://www.ujaen.es/investiga/inmunoge/gmo/articulos_espanol/diabetes.pdf

Conthe, P. y Tejerina, F. 2007, Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca Pedro Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Formato 7, 2 de octubre de 2017, Por evaluación integral, trasladan clínica del ISSSTE en Coatza a inmueble provisional, desde:
<https://formato7.com/2017/10/02/por-evaluacion-integral-trasladan-clinica-del-issste-en-coatza-a-inmueble-provisional/>

Fundación Mídete (2016). Asumiendo el control de la Diabetes. Recomendaciones desde la sociedad civil., México.

Fundación redGDPS (2016) Coordinador: Dr. Patxi Ezkurra Loiola, Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2.

García, G.J.A, Landa P. V., Trigueros M. M.C., Y Gaminde I.I., Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez, Atención Primaria., Vol. 27. Núm. 2. 15 de febrero 2001.

Gasteiz, V., Guía Práctica Clínica sobre la Diabetes tipo 2, 2008, ministerio de sanidad y consumo, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Gómez Santiago M. I., (s.f.), La importancia de la adhesión al tratamiento, Universidad de la Sabana.

Gómez, D. O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011), Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, (Supl. 2), s220-s232. Recuperado en 20 de agosto de 2018, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es)

Guía práctica clínica, 2008, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2., Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08, desde:

<http://www.fundaciondelcorazon.com/images/stories/documentos/pdf/diabetes-corazon.pdf>

Ignacio Conget., (2018), Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus.

Diabetes y enfermedades cardiovasculares. Endocrinología y Diabetes.

Hospital Clínica Universitaria de Barcelona.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE),

desde: <https://www.gob.mx/issste/es/que-hacemos>

Irigoyen, C. A. E., Ayala, C. A., Ramírez, de la R. O. F, Calzada, H. E., (2017), La Diabetes Mellitus y sus implicaciones sociales y clínicas en México y Latinoamérica, Archivos en Medicina Familia, Artículo Editorial, Vol.19 (4) 91- 94.

- Jiménez F. L., Mota D. S., Chala J.M., Brito F. Y. y Armada E. Z., (2017), Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. CorSalud, Ene-Mar; 9(1):10-18.
- López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- López, L. E., Ortiz, G. A.A., y López C. M.J., (2016), Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad, Coordinación Estatal de Investigación, Servicios de Salud de Hidalgo, Pachuca, Hidalgo, México, p. 11-16.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM V, quinta edición, editorial médica panamericana, pp.1000.
- Morales. E., 26 de diciembre de 2017, Econsulta.com., Cierra ISSSTE-Veracruz con altas cifras de productividad en atención médica. desde: <http://www.e-veracruz.mx/nota/2017-12-26/estado/cierra-issste-veracruz-con-altas-cifras-de-productividad-en-atencion-medica>
- Palma, G. J.L., Calderon M. A., y de la Calle, B.H., 2005, Diabetes y corazón, Fundación española del corazón, Colección corazón y salud.
- Ramos M. L.E., (2015), ARTÍCULO DE REVISIÓN La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas, Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul.

Pp.175-189, Instituto Nacional de Angiología y Cirugía vascular. La Habana, Cuba, desde: <http://scielo.sld.cu>,

Reyes S. F. A., Pérez Á., M. L., Alfonso F. E., Ramírez E., M., y Jiménez R., Y. (2016).

Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98-121. Recuperado en 10 de agosto de 2018, desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es&tlng=es.

Secretaria de salud, 2013, Programa de acción específico: diabetes mellitus, desde:

<https://www.ssaver.gob.mx/cronicasnotransmisibles/files/2013/10/programa-anual-de-diabetes-mellitus-2013.pdf>

Tomás, J. y Almenara, J. (2008), Bowlby: vínculo, apego y pérdida, carencia afectiva, Módulo I, Universidad autónoma de Barcelona.

ANEXO

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Inventario de Texas Revisado de Duelo

Frente a la vivencia de su Duelo, por favor responda:

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la época en que su ser querido falleció y responda a las siguientes preguntas sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo

	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
PARTE I: COMPORTAMIENTOS DEL PASADO					
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado					
8. Tras su muerte me costaba trabajar dormir					
PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES					
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					

5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					
7. Llora o escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Completamente verdadera: 5
- Verdadera en su mayor parte: 4
- Ni verdadera ni falsa: 3
- Falsa en su mayor parte: 2
- Completamente falsa: 1

Puntuación (parte I): comportamiento en el pasado	
Puntuación (parte II): sentimientos actuales	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Referencias bibliográficas

◦ García García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Aten Primaria. 2005; 35(7): 353-8.

◻ Faschingbauer TR. Texas Revised Inventory of Grief manual. Houston: Honeycomb Publishing; 1981.