

¹Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No.65, IMSS, Oaxaca, México.

²CONACYT

³Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca.

⁴Coordinación de Investigación en Salud, IMSS, Oaxaca.

⁵Unidad de Medicina Familiar No.65, IMSS, Oaxaca.

⁶Coordinación de Educación en Salud, IMSS, Oaxaca.

⁷Programa ADEC, Hospital General de Zona No.1. IMSS, Oaxaca.

⁸Jefatura Delegacional de Servicios de Prestaciones Médicas, IMSS, Oaxaca.

El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca.

Marcial-Ventura GA,¹ Lugo-Radillo A,^{2,3} Elizarrarás-Rivas J,^{3,4} Contreras-García CM,⁵ Elizarrarás-Cruz JD,³ Herrera-Lugo KG,⁶ Cruz-Jiménez FE,⁷ Escobar-Vázquez M.⁸

Resumen

Introducción: El impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre del proceso de la enfermedad, el estrés afectivo, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en el cuerpo de las personas. El objetivo del estudio fue caracterizar el duelo en paciente adultos con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en pacientes adultos con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo 2, de 20 a 65 años de la UMF 65. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad crónico-degenerativa diferente a la diabetes, complicaciones agudas o crónicas de la misma, tratamientos antidepresivos y que presentaran dificultades graves de comprensión/expresión. Para la clasificación del duelo se utilizó la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38). Se les aplicó un instrumento validado que exploró las etapas del duelo y se midió el IMC, perímetro de cintura y último promedio de glucosa.

Resultados: De los 52 encuestados observamos que el 25.8% acepta su enfermedad; sin embargo, el 18.1% se encuentra en negación; 15.8% en etapa de ira; en negociación con ser supremo 18.7%; en fe/esperanza 10.8% y en depresión 10.6%. La etapa de aceptación se asoció con una última cifra de glicemia mayor a 162mg/dl en el 60% de los casos estudiados. La etapa de ira se asoció con una edad de 46 años y la etapa de depresión con el tiempo de diagnóstico, con un promedio de 5 meses.

Conclusiones: Los pacientes de reciente diagnóstico de diabetes de la UMF 65 están viviendo alguna etapa de duelo, siendo ligeramente mayor en la aceptación de la enfermedad. De lo anterior, encontramos que conocen sobre su enfermedad en el primer nivel de atención, siendo esto de vital importancia para lograr la meta de control y prevención de complicaciones.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Duelo, Depresión.

Patients grief with recent diagnosis of type 2 diabetes mellitus in the UMF 65 of the IMSS, Oaxaca.

Abstract

Introduction: Chronic disease emotional impact in patients is undeniable and it is closely related to the disease process uncertainty, affective distress, autonomy loss and social stigma due to the damage and changes in the body of patients. The study objective was characterize adult patients grief in a recent diagnosis of diabetes mellitus type 2.

Material and methods: A descriptive and prospective study was conducted in adult patients with a recent diagnosis of Diabetes Mellitus type 2, aged 20 to 65 years of the FMU 65. Patients with another degenerative chronic disease other than diabetes mellitus, acute complications or chronic thereof, antidepressant treatments and presenting serious comprehension/expression difficulties were excluded. Duel classification was by the Scale of Psychological Responses of Grief against the Health Loss (RPD-PS-38). A validated instrument that explored the stages of the duel was applied and the BMI, waist circumference and last glucose average were measured.

Results: 25.8% of the 52 observed respondents accept their disease; however, 18.1% is in denial stage; 15.8% in anger stage; 18.7% in negotiation stage with a being supreme; 10.8% in faith/hope stage and 10.6% in depression stage. The acceptance stage is associated with a final glycemic figure greater than 162mg / dl in 60% of the cases studied. The anger stage is associated with an age of 46 years and the depression stage with the time of diagnosis, with an average of 5 months.



Correspondencia:

D.C. Jesús Elizarrarás Rivas.
Coordinación de Investigación en Salud, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del IMSS Oaxaca.

Calle Reforma 905, Col Centro, Oaxaca de Juárez Oaxaca.

Correo-e:

jesus.elizarraras@imss.gob.mx
dr.jesuselizarraras@gmail.com



Conclusions: Patients of UMF 65 with a recent diagnosis of diabetes are in some stage of mourning, the disease acceptance being slightly higher. As a result we found that they know about their disease in the first level of care, this being of vital importance to achieve the goal of control and prevention of complications.

Keywords: Diabetes Mellitus, Grief, Depression.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad endocrina y metabólica con una fuerte predisposición hereditaria.¹ Esta enfermedad, si no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones graves de salud, como infartos de miocardio, ceguera, fallas renales, amputaciones de las extremidades inferiores y muerte prematura. La esperanza de vida en personas con DM se reduce entre 5 y 10 años.² La Federación Internacional de Diabetes (FID) reportó que en México hay registrados 10.6 millones de casos de diabetes en personas entre 20 y 79 años de edad, con 73,347 muertes. Así mismo, reportó que existen alrededor de 3.4 millones de personas con diabetes aún no diagnosticados.³

Conceptualmente, la DM se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético ambiental y como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, resultando en cuadros de hiperglucemia o exceso de glucosa⁴ que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y estado hiperosmolar) y crónicas (microvasculares: retinopatías y neuropatías, y macrovasculares: cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas).⁵

El análisis de los niveles de glucemia en los pacientes con DM se realiza con el fin de controlar los niveles elevados y el objetivo de mantener una glucemia en ayunas o preprandial menor de 140 mg/dl, y de glucemia al azar menor de 180 mg/dl. Estos objetivos pueden ser modificados según las características clínicas del paciente. Por ejemplo, en pacientes con un control previo estrecho de glucemia y situación clínica estable, el objetivo puede ser menos exigente.⁶

En 2009, se introdujeron recomendaciones para el uso de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) para el diagnóstico de DM, con un límite de 6.5%

y la Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés) adoptó este criterio en 2010. La HbA1c tiene ciertas ventajas sobre las pruebas de glucemia pre y post prandial, como lo es el hecho de que su medición no requiere ayuno, tiene una mayor estabilidad y el estrés posee una menor interferencia en sus valores. Las desventajas son el costo y la disponibilidad limitada en algunos servicios de urgencias hospitalarios (SUH).⁶ Sin embargo, siempre que sea posible, debe realizarse una medición de HbA1c en pacientes con DM si no tienen ninguna disponible en los 2-3 meses previos. En pacientes con hiperglucemia de nueva aparición, la HbA1c puede ayudar a diferenciar a pacientes con DM previa no diagnosticada de los pacientes con hiperglucemia debida al estrés agudo.⁶

Actualmente existen 2 clasificaciones principales de la DM. Una clasificación dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA). Según el comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de diabetes se clasifican en 4 grupos:⁷

- 1.- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM 1): este tipo de diabetes está presente en un 10% de la población mundial y característicamente se da en niños o jóvenes. La DM1 se debe a un déficit absoluto de insulina, el cual es ocasionado por la destrucción de las células beta del páncreas, como consecuencia de procesos autoinmunitarios o idiopáticos.
- 2.- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): se presenta a menudo en adultos, caracterizada por un déficit relativo de la producción de insulina y un déficit en la utilización periférica de glucosa por los tejidos resistentes a la insulina, y representa el 90% de los casos, debido en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.
- 3.- Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): la diabetes gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reco-

DETALLES DEL ARTÍCULO

Recibido: 10-julio-2019.
Aceptado: 5-agosto-2019.

Cómo citar este artículo:

Marcial-Ventura GA, Lugo-Radillo A, Elizarrarás-Rivas J, Contreras-García CM, Elizarrarás-Cruz JD, Herrera-Lugo KG, Cruz-Jiménez FE, Escobar-Vásquez M. El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. *Avan C Salud Med* 2019; 7 (3): 68-76.

noce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste; por otro lado, la diabetes pregestacional se refiere a aquellas pacientes con diagnóstico previo de la patología que se embarazan o se diagnostican durante el primer trimestre.⁸ La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial se ha estimado en 7% de todos los embarazos, resultando en más de 200 mil casos anuales. En México, la prevalencia de diabetes gestacional (DG) se reporta entre el 8.7 a 17.7%. La mujer mexicana está en mayor posibilidad de desarrollar DG por cuanto pertenece a un grupo étnico de alto riesgo.⁸

4.- Otros Tipos de Diabetes Mellitus (OTDM): tiene múltiples etiologías e incluye un grupo de enfermedades que presentan variados procesos patogénicos como trastornos genéticos, ambientales y autoinmunes que conducen a alteraciones en la función de las células beta, provocando deficiencia en la secreción de insulina y distintos grados de resistencia a la insulina (RI); los mecanismos pueden asociarse y clasificarse en:⁹

- Diabetes MODY (*Maturity Onset Diabetes in the Young*): se produce por defectos genéticos de las células beta. Existen diferentes tipos de diabetes MODY, hasta la actualidad se han descrito siete. Se deben a un defecto en la secreción de insulina, no afectándose su acción. Se heredan de manera autosómica dominante, por ello cuando una persona tiene diabetes MODY es habitual que varios miembros de la familia también la padezcan y en varias generaciones.
- Diabetes Relacionada con Fibrosis Quística (DRFQ): la fibrosis quística es una enfermedad que afecta a múltiples órganos entre ellos al páncreas, esto conlleva que se pueda desarrollar diabetes. El diagnóstico de la enfermedad se suele realizar en la segunda década de la vida.
- Diabetes secundaria a medicamentos: algunos medicamentos pueden alterar la secreción o la acción de la insulina. Los glucocorticoides y los inmunosupresores son algunos de ellos.

La DM es una enfermedad con un gran impacto epidemiológico, que requiere de educación del paciente para un tratamiento adecuado y oportuno, con lo que se disminuirían las complicaciones secundarias. Para la prevención de esta patología no es suficiente conocer los riesgos para su desarrollo, también es importante tomar conciencia del entorno que puede ser obesógeno y diabético, en cuyo caso, la población no tiene a su alcance la posibilidad de llevar una dieta balanceada ni el tiempo suficiente para poder trabajar y realizar actividad física.³

La DM es considerada una enfermedad crónica degenerativa debido a sus manifestaciones físicas y psicológicas, tales como el deterioro de la calidad de vida de los pacientes, la pérdida de años de vida productiva y la reducción de la esperanza de vida de los pacientes.¹⁰ En este sentido, la discapacidad crónica se puede definir como la presencia de una enfermedad o trastorno orgánico funcional que obliga una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo.¹¹ Por otro lado, el concepto degenerativo se refiere a aquellas discapacidades o enfermedades que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, pues provocan un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular.^{11,12}

El impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre del proceso de la enfermedad, el distrés afectivo, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en el cuerpo de las personas.¹³ Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica degenerativa pasa por varias etapas de duelo. Este proceso se origina debido a la posibilidad de muerte que enfrentan estas personas. Ante esta situación se experimentan emociones negativas como angustia, frustración, culpabilidad y depresión, además del hecho de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad para toda la vida.⁷ A esto se le conoce como proceso de duelo, el cual se puede entender como una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana.^{1,7}

El duelo involucra respuestas emocionales y personales, por lo que tiene manifestaciones físicas



y psicológicas.¹¹ Este proceso se relaciona con la aparición de problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada o crisis de angustia, mismos que pueden incrementar con el abuso de alcohol y fármacos. Entre un 10% a 34% de los pacientes con DM desarrollan un duelo patológico que aumenta el riesgo de muerte por eventos cardiacos y suicidio.^{10,12}

El duelo es un proceso adaptativo ante la pérdida de un ser querido o de algo significativo (ej. empleo, vivienda o bienes). Este proceso es necesario para que una persona se adapte a una nueva situación.¹³⁻¹⁵ El origen etimológico de la palabra “duelo” proviene del latín *duellum* que significa dolor. El manual de diagnóstico para trastornos mentales (DSM-IV-TR), define el duelo como la reacción de una persona ante la muerte de un ser querido. No obstante, el DSM-IV-TR emplea el código V62.82 para clasificar el duelo como un “trastorno no mental” o “no atribuible a trastornos mentales”.^{1,6,7}

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10), emplea el código Z63.4

para el duelo normal y el código F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos. Es importante mencionar que la CIE10 considera el duelo como un trastorno mental y de comportamiento, que deriva de factores (ej. circunstancias familiares) que impacten en la salud de las personas y su contacto con grupos de apoyo.¹⁶

Algunas investigaciones han determinado los factores más representativos que influyen en el proceso de duelo. Entre estos factores se pueden mencionar la personalidad, la circunstancias en que se da la pérdida o se notifica la enfermedad, la edad, experiencias infantiles y las redes sociales (amigos, familia, profesionales).¹⁷

En este sentido se han desarrollado distintos modelos que explican el proceso del duelo (tabla 1).¹⁸ De estos modelos, el desarrollado por Kübler-Ross es uno de los más aceptados, el cual describe cinco etapas distintas del proceso de duelo.¹⁰ Estas etapas se dividen por orden de importancia y de ocurrencia.

Tabla 1. Etapas en el proceso de duelo.

Etapas/Autor	Lindermann	Parkes y Bowlby	Engel	Kubler-Ross	Rando	Neimeyer
Etapa 1	Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Etapa 2	Duelo agudo	Anhelos y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	Confrontación	Asimilación
Etapa 3	Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	Restablecimiento	Acomodación
Etapa 4		Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
Etapa 5			Idealización	Aceptación		
Etapa 6			Resolución			

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias bibliográficas 18 y 20.

Las etapas del duelo según Elizabeth Kübler Ross se dividen en 5. La primera etapa es la “negación”, en la cual no se asimila el diagnóstico, se buscan segundos diagnósticos y se rehúsa el cambio de estilo de vida. La segunda etapa es la “ira e incredulidad”, en la cual se busca un culpable (ej. herencia o comportamientos previos), así como una resistencia o rebeldía a las indicaciones del

médico, nutriólogo o familiar. La tercera etapa está dada por la “negociación”, en la cual los pacientes comienzan a aceptar su enfermedad, pero establecen condiciones a su tratamiento. La cuarta etapa es la “depresión”, en la cual los pacientes se enfocan en lo que se ha perdido o se perderá (libertad, años de vida, consumo libre de comida, control, etc.). Por último, está la “aceptación”,

en la cual las personas y los familiares comienzan a darse cuenta de que es posible llevar una vida promedio a pesar del diagnóstico de DM.^{18,19} Existen estudios que demuestran la existencia de pacientes que, incluso en la etapa de depresión, conservan la esperanza, lo que hace imposible llegar a la etapa de aceptación.²⁰

Diagnóstico del duelo

En la actualidad no hay un consenso sobre el diagnóstico del duelo y como consecuencia no está incluido en la clasificación del manual de diagnóstico para trastornos mentales (DSM-IV-TR). No obstante, en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica se señala la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” y que pueden ser útiles para realizar un diagnóstico diferencial de duelo patológico y episodio depresivo mayor. Entre estos síntomas se incluyen: la culpa por las cosas recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida, pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad, enlentecimiento psicomotor acusado, deterioro funcional acusado y prolongado, experiencias alucinatorias. Lo anterior, nos permite considerar que, si la enfermedad crónica por sí misma es dolorosa, el sufrimiento posterior a la enfermedad podría agudizarse en términos de una serie de carencias que hacen más difícil y complejo el proceso de duelo.²¹ Por lo que es de importancia dar un cuidado integral a estos pacientes y es necesario contar con apoyo no solo médico, sino psicológico y tanatológico.¹¹

El diagnóstico de la DM muchas veces ocasiona un choque emocional para la persona que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad. La persona con DM, debe aceptar su condición crónica para enfrentar y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad y al tratamiento que se indica. El tratamiento de pacientes con DM se dificulta por distintas razones. Una de las principales razones es que los pacientes tienen poca adherencia al tratamiento,¹ además que son afectados físicamente y psicológicamente a medida que la enfermedad progresa.¹⁸ Asimismo, *Lustman et al.*, refieren que la persona con DM puede de-

sarrollar cualquier síndrome psiquiátrico, donde los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión.¹⁹ Los pacientes con DM no sólo son afectados físicamente, sino que desarrollan problemas emocionales.¹⁸ Por ejemplo se observa una disminución en la funcionalidad y calidad de vida de las personas, así como problemas en el autocuidado (sedentarismo, obesidad, cambios nutricionales y estrés), asociándose esto con el pobre cumplimiento terapéutico.²² Por tanto, es necesario comprender que los aspectos psicológicos, sentimientos y comportamientos pueden interferir en la motivación y la predisposición a la incorporación de cambios en los hábitos de vida,¹ por lo que es necesario incluir el tratamiento psicológico-emocional del paciente, de tal manera que el manejo sea integral y garantice su bienestar.²³

El objetivo del estudio fue caracterizar el duelo en paciente adultos con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2.

Material y Métodos

La investigación se realizó en la consulta externa de medicina familiar de la UMF 65 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Oaxaca. El estudio fue descriptivo y prospectivo, tomando como universo a los pacientes adultos con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo 2, de 20 a 65 años. Todos los pacientes aceptaron participar en el estudio y firmaron la hoja de consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación y el Comité Local de Ética en Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1, IMSS Oaxaca. El tamaño de muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas de enero 2016 a noviembre 2018. Se aplicó estadística descriptiva. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad crónico-degenerativa diferente a diabetes mellitus tipo 2, complicaciones agudas o crónicas de la misma, tratamientos antidepresivos y que presenten dificultades graves de comprensión/expresión. Para la clasificación del duelo se utilizó la escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38), que está conformada por 38 ítems. Presenta una estructura de seis factores de primer orden (negación, ira, promesas/ nego-



ciación, fe/esperanza, depresión y aceptación), y dos factores de segundo orden independientes (reacción de afecto negativo ante la enfermedad y actitud positiva ante la enfermedad). El factor de negación está conformado por 7 indicadores y el de ira por 6 indicadores. El factor de promesas/negociación por 7 indicadores, fe/esperanza por 4 indicadores, depresión por 4 indicadores y el factor de aceptación por 10 indicadores.¹⁴ Los datos fueron analizados con el programa SPSS para Windows 20.

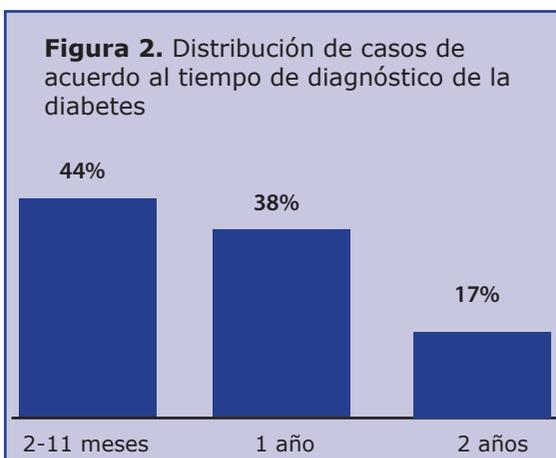
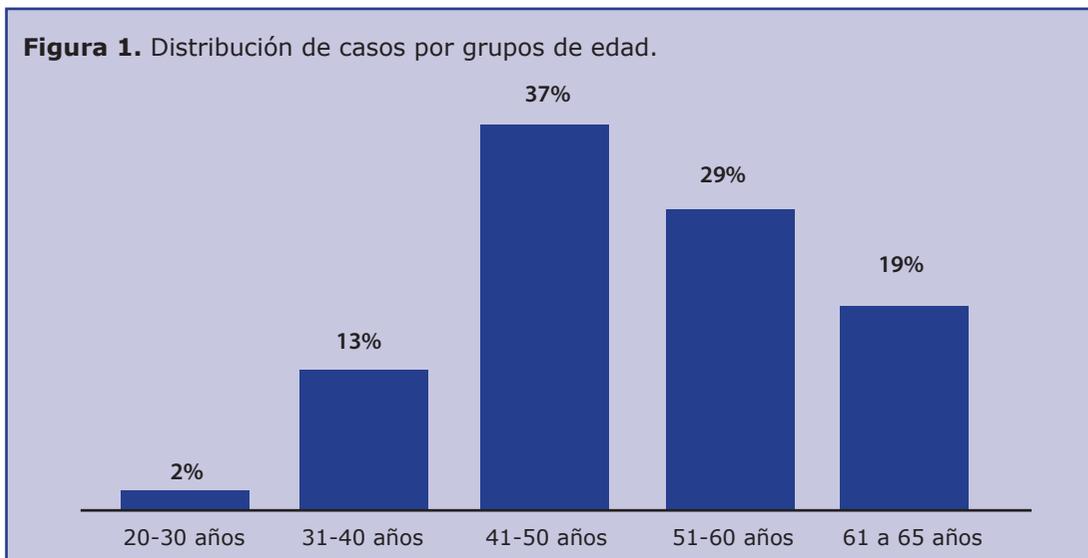
Resultados

Se incluyeron en el estudio a 52 pacientes con diagnóstico reciente de DMT 2. La media de edad fue de 41.96 ± 13.80 años (rango 20 a 65 años); el

principal grupo de edad fue de 41 a 50 años con 36.5%, seguido por el grupo de 51 a 60 años con 19.2% (figura 1). En cuanto al género, predominó la población femenina con 34 casos (65.38%).

El 63.4% de los pacientes eran casados. Respecto al tiempo de diagnóstico, se encontraron diferentes momentos de detección, por lo que se agruparon en 3 categorías, siendo el más frecuente de 2 a 11 meses de diagnóstico con 23 casos (44.2%), (figura 2).

Se observó que la religión más frecuente fue la católica con 29 casos (55.7%), seguida de cristiana con 12 casos (23.07%) y el 21.8% repartidas entre testigos de Jehová, mormón y ateos. En cuanto al perímetro de cintura se encontró una media de



80 cm (rango de 65 a 99 cm). Con respecto a IMC, predominó el sobrepeso con 29 casos (56%), asociándose más a la etapa de negociación, seguido de obesidad con 20 casos (38%) y en muy bajo porcentaje, normal con 3 casos (6%); el 59.6% (31 casos) de los pacientes presentaba descontrol metabólico, siendo más frecuente en la etapa de aceptación. En cuanto al tratamiento el 51.9% utilizaban sólo metformina (51.9%).

Con respecto a los resultados de la escala respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (RPD-PS- 38) se observa que el 25.8% del total de los encuestados expresó aceptar su en-

Figura 3. Respuesta psicológica de duelo ante la pérdida de la salud.



fermedad, pero sin encontrarse en control glicémico (figura 3).

Se encontró que la etapa de aceptación se asoció con la última cifra de glicemia mayor a 162 mg/dl en el 60% de los casos estudiados, siendo más significativa en la etapa de aceptación, dado que la mayoría de los encuestados manifiestan aceptar su padecimiento; la etapa de negación se asocia con una edad mayor a 57 años; la etapa de ira se asoció con una edad de 46 años y por último la etapa de depresión se asoció más con el tiempo de diagnóstico con un promedio de 5 meses.

Discusión

Se ha establecido al duelo como una reacción adaptativa normal ante la pérdida, ya sea de un ser querido o de cualquier otra situación que el sujeto percibe como importante, es un acontecimiento fundamental, estresante de primera magnitud al que el individuo puede enfrentarse en cualquier momento de su vida.²⁰ Para el paciente con una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes, que produce pérdidas derivadas de la enfermedad y sus complicaciones como las alteraciones de la función renal, la visión, o incluso de

algún miembro, es de esperarse que experimente las mismas etapas de duelo por pérdida. Se observó que la etapa de duelo más frecuente fue la aceptación (25.8%), que no concuerda con la prevalencia general para enfermedades crónicas en las que la depresión es la más frecuente (75%); esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes estudiados tenían pláticas de orientación que les motiva y que son brindadas por personal multidisciplinario, para concientizar aún más a la población en el auto cuidado de su salud y generar impacto en su calidad de vida y probablemente ya habrían pasado por las etapas de duelo anteriores y porque el instrumento no fue diseñado para ser exhaustivo en el diagnóstico de depresión, ya que solo establece la posibilidad de detección.

La etapa de duelo menos frecuente fue la depresión. Las asociaciones esperadas entre las diferentes etapas del duelo y las variables clínicas y demográficas en los sujetos, fueron aquellas que pueden considerarse como limitadoras para la adquisición del compromiso para asumir el control de la enfermedad, como en la etapa de negociación en sujetos con mayor peso corporal; la etapa de aceptación se correlacionó con un peor



nivel de glucosa.¹⁶ En la etapa de depresión fue donde se observó mayor asociación con el tiempo de diagnóstico. Hubo otras asociaciones que no lograron significancia estadística, probablemente debido al tamaño de muestra y, en éste caso la etapa de duelo, como se ha reportado en la población mexicana.¹⁰

El abordaje de la diabetes, considerando el estado de duelo, permite identificar las diferentes etapas emocionales por las que transcurre el paciente desde su diagnóstico y que afectan el logro de las metas de tratamiento, y se relacionan por el grado de cumplimiento con las indicaciones y prescripción médica.¹⁰

En el presente estudio utilizamos el modelo de *Kübler-Ross* como base para la generación de nuestro instrumento dada su aceptación y porque cada etapa de este modelo diferencia los distintos estados emocionales del duelo por pérdida. Es importante identificar las etapas del duelo en pacientes con diabetes como un elemento adicional en la evaluación de los mismos, y establecer estrategias que mejoren la adherencia al manejo médico y el control metabólico.

Conclusiones

De los 52 encuestados observamos que el 25.8% acepta su enfermedad; sin embargo, el 18.1% se encuentra en negación; 15.8% en etapa de ira; en negociación con ser supremo 18.7%; en fe/esperanza 10.8% y en depresión 10.6%. Por lo cual, podemos concluir que, aunque admiten su padecimiento, aún se encuentran en las distintas fases del duelo, debido a distintas circunstancias que rodean el entorno social, familiar e individual de cada caso nuevo.

Los pacientes de reciente diagnóstico de diabetes de la UMF 65 están viviendo alguna etapa de duelo siendo ligeramente mayor la aceptación de la enfermedad. De lo anterior encontramos que conocen sobre su enfermedad en el primer nivel de atención, siendo esto de vital importancia para lograr la meta de control y prevención de complicaciones. Como resultado adicional, encontramos que la etapa de aceptación se asoció con una última cifra de glicemia mayor a 162mg/dl en el 60% de los casos estudiados, encontrando que, aunque aceptan su patología aún no alcanzan la meta de control ideal para prevenir mayor progresión de la enfermedad.

Tomando en consideración al duelo como un factor emocional, que influye en la adaptación del paciente ante su enfermedad, es necesario que los pacientes de recién diagnóstico sean apoyados por el área de psicología, con el fin de concientizarlos sobre cada una de las etapas del duelo, a fin de promover el mejor control al abordar a los pacientes en forma integral, favoreciendo con ello alcanzar las metas terapéuticas, procurando mejorar la calidad de vida y a su vez reduciendo los costos en salud.

Es por ello, que se considera que los grupos de ayuda mutua favorecen al abordaje oportuno en aspectos emocionales, y que coadyuvan para que los pacientes conozcan su enfermedad desde distintos puntos de vista y/o a través de otras experiencias, fomentando la participación del propio paciente, así como la familiar, social y profesional en el cuidado de su salud. Por lo cual, las pláticas de orientación deben ser motivadas y brindadas por personal multidisciplinario, para generar el impacto deseado al concientizar a la población, mejorando así su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Araceli Molina Iriarte, Oscar Acevedo Giles, María Elena Yáñez Sandoval, Rocío Dávila Mendoza, Alberto González Pedraza Avilés. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Rev Esp Méd Quir* 2013; 18:13-18.
2. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud Pública México*. 2013;55: s129-36.
3. Belén Julieta Velasco-Guzmána, Verónica Marilú Brena-Ramos. Diabetes Mellitus Tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud. *Salud y Administración Volumen 1 Número 2 mayo-agosto 2014*.
4. Arredondo López AA, Barquera Cervera S, Cisneros González N, Ascencio Montiel IJ, Encarnación Cruz LM, Larrañaga Flota AM, Sakkal Morloy G (2016) Asumiendo el control de la diabetes. Recuperado de http://omment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMide_tete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
5. Reyes Sanamé FA, Pérez Álvarez ML, Alfonso Figueredo E, Ramírez Estupiñan M, Jiménez Rizo Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Méd*. 2016;20(1):98-121.
6. Álvarez-Rodríguez E, Agud Fernández M, Caurel Sastre Z, Gallego Mínguez I, Carballo Cardona C, Arribas AJ, y cols. Recomendaciones de manejo de la diabetes, de sus complicaciones metabólicas agudas y de la hiperglucemia relacionada con corticoides en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2016; 28:400-417.
7. Pool-Góngoraa RA, Moreno-Pérez NE, Ojeda-Vargas MG, Olvera-Villanuevac G, M.D.G. Navarro-Elías MDG, Padilla-Raygozac N. Labor tanatológica de enfermería en el nivel de frustración de personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enf Univ*. 2015;12(4):188---196
8. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
9. Sanzana MG, Durruty P. Otros tipos específicos de diabetes mellitus. *Rev. Med. Clin*. Condes 2016; 27 (2):160-170.
10. Rodríguez-Moctezuma JR, López-Delgado ME, Ortiz-Aguirre AR, Jiménez-Luna J, López-Ocaña LR, Chacón-Sánchez J. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(5):546-51.
11. Frausto Crotte L, Medina Perera IV, González Ramírez CL. Manual de tanatología: Intervención psicológica para pacientes con discapacidad crónica degenerativa. *Rev. Elect. Psic Iztacala*. 2014: 17 (2).
12. Adriana Guadalupe Reyes Luna²², Alejandra Salguero Velázquez²³ y Olivia Tena Guerrero. Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres. *Alternativas en Psicología*. 2015 (32): 125-144.
13. González González N; Tinoco García AM; Benhumea González LE. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 2011, vol. 14, núm. 32; 258-279.
14. Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. Desarrollo y validación de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (RPD-PS-38). *Psicooncología*. Vol. 11, Núm. 2-3, 2014, pp. 369-387.
15. William Worden J., (2013). El tratamiento del duelo asesoramiento psicológico y terapia. España: Ed. Paidós.
16. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 103-116
17. Ochoa M, Cardoso M, V. Reyes V. Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. *Enf Univ*. 2016;13(1):40-46.
18. Domínguez Reyes MY, Viamonte Pérez Y. Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*. 2014; Vol.16, No.3: 1-8.
19. Anarte Ortiz NT; Machado Romero A, Ruiz de Adana Navas MS, Caballero Díaz FF. Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Ansiedad y Estrés*. 2010, 16 (1), 13-31.
20. Kubler-Ross, E. *On death and dying*. Nueva York: Routledge, 1973 ISBN 0-415-04015-9.
21. Herrera-Herrera K; Nobles Escandón L; Acuña Bermúdez E. Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal. *Psicología desde el Caribe*. 2011: 197-218.
22. Mejía-Arango S, Zúñiga-Gil C. Diabetes Mellitus como factor de riesgo de demencia en la población adulta mayor mexicana. *Rev Neurol*. 2011 October 1; 53(7): 397-405.
23. Castro-Aké GA, Tovar-Espinosa JA, Mendoza-Cruz U. Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(4):377-82.