

MARÍA EMELIA VÁZQUEZ
DÍAZ

2024 “ ASOCIACIÓN ENTRE PROCESO DE DUELO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 DE
MÁS DE UN AÑO DE DIAGNÓSTICO”



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“ASOCIACIÓN ENTRE PROCESO DE DUELO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE
DIABETES TIPO 2 DE MÁS DE UN AÑO DE DIAGNÓSTICO”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med.Gral. María Emelia Vázquez Díaz

Dirigido por:

M.C.E Patricia Flores Bautista

Co-Director

Med.Esp. Erika Aracely Mata Tomas

CU Querétaro, Qro. a febrero 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



ASOCIACIÓN ENTRE PROCESO DE DUELO Y
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 DE MÁS DE UN
AÑO DE DIAGNÓSTICO

por

María Emelia Vázquez Díaz

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-302663



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“Asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de Diabetes Tipo 2 de más de un año de diagnóstico”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico Gral. María Emelia Vázquez Díaz

Dirigido por:

M.C.E Patricia Flores Bautista

Co-dirigido por:

Med. Esp. Erika Aracely Mata Tomas

Firmas:

M.C.E Patricia Flores Bautista
Presidente

Med. Esp Erika Aracely Mata Tomas
Secretario

Dra. Verónica Campos Hernández
Vocal

M.C.E Karla Elizabeth Margain Pérez
Suplente

Med. Esp José Iván Alonzo Barrera
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario febrero 2024.
México

Resumen

Introducción: La Diabetes Tipo 2 es un problema de Salud Pública en México, entre un 10 a 34% de los pacientes con este diagnóstico sufren un proceso de duelo como respuesta adaptativa natural a la pérdida de la salud lo cual influye en la adherencia al tratamiento que incluye cambios en el estilo de vida, alimentación y terapia farmacológica, por lo que es importante identificar si el paciente está presentando emociones negativas debido a este duelo que impidan un adecuado apego al tratamiento. **Objetivo:** Establecer la Asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de Diabetes Tipo 2 de más de un año de diagnóstico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal comparativo en pacientes de la UMF Número 16 “Dr. Arturo Guerrero Ortiz”, del IMSS, delegación Querétaro que contaban con diagnóstico de DT2 durante el año 2021, la muestra se estimó con la fórmula para dos proporciones que son pacientes con y sin adherencia al tratamiento, elegidos por muestreo no probabilístico, se estudiaron variables sociodemográficas, fases del duelo y la adherencia terapéutica, se aplicó la escala EFD-66 para el duelo y el cuestionario MBG para la adherencia terapéutica, utilizando estadísticas descriptivas, Chi2 y OR. **Resultados:** El estudio incluyó a 134 participantes, el promedio de edad en pacientes con adherencia terapéutica fue de 63.21 años (DS \pm 11.75), 38.1% se dedicaba al hogar, 42.2% solo tenía escolaridad primaria y 64.9% eran casados, el tiempo de evolución de DT2 fue de 10 años y más con 61.2%, los resultados revelaron una diferencia estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica en pacientes sin negación, sin depresión, con ira y aceptación (p valor <0.05). **Conclusiones:** Se demostró asociación entre la adherencia al tratamiento y las fases de negación, ira, depresión y aceptación y ninguna asociación en las fases de negociación o pacto.

Palabras Clave:

Duelo, Adherencia, Diabetes tipo 2, Escala EFD-66, Test MBG.

ABSTRACT:

Introduction: Type 2 Diabetes is a Public Health problem in Mexico, between 10 to 34% of patients diagnosed with DT2 present a grieving process due to the lack of health which influences adherence to treatment, that includes changes in lifestyle, diet and pharmacological therapy, so it is important to identify if the patient is presenting negative emotions because of this grieving process due that prevent proper adherence to treatment. **Objective:** To determine the association between the grieving process and the adherence to treatment in patients with type 2 diabetes more than one year old. **Material and methods:** Comparative cross-sectional study, was carried out in patients of the UMF Number 16 "Dr. Arturo Guerrero Ortiz", from the IMSS, Querétaro delegation who were diagnosed with DT2 during 2021, the sample was estimated with the formula for two proportions that are patients with and without treatment adherence, selected by non-probability sampling, sociodemographic variables, phases of grief and therapeutic adherence were also studied. The EFD-66 scale for bereavement and the MBG questionnaire for therapeutic adherence were applied, using descriptive statistics, Chi2 and OR. **Results:** The study included 134 participants, the average age in patients diagnosed with therapeutic adherence was 63.21 years (DS \pm 11.75), 38.1% worked at home, 42.2% with primary schooling and 64.9% were married, the time of evolution of DT2 was 10 years and more with 61.2%, the results revealed statistical significance in association of therapeutic adherence in patients with denial, depression, anger and acceptance, ($p < 0.05$). **Conclusions:** Association was demonstrated between treatment adherence and the phases of denial, anger, depression and acceptance; and no association in negotiation or pact phases.

Key words:

Grief, Adherence, Type 2 diabetes, EFD-66 scale, MBG test.

Dedicatorias

Esta tesis la dedico a Dios principalmente por permitirme estar en este lugar y en el tiempo correcto para concluir una de las etapas más importantes para mi vida académica.

A mis padres y abuela por enseñarme que con la persistencia, dedicación y amor se alcanzan los sueños.

A mis hermanas por su amor, apoyo y por creer en mi para lograr este triunfo.

A mis amigos en especial a Jorge Belem por impulsarme a seguir adelante a pesar de las adversidades, a disfrutar esta nueva etapa, por su comprensión y paciencia en los buenos y en los no tan buenos momentos gracias.

A mis profesores que me formaron, y sin su enseñanza, no tendría el crecimiento, académico, laboral y personal de ahora.

Agradecimientos

Agradezco a todos los pacientes por permitirme conocer sobre sus emociones y como afrontan la enfermedad de diabetes tipo 2.

Agradezco al personal médico asesor por permitirme aprender de ellos para realizar esta investigación y así poder aportar un poco a la investigación médica.

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Abstrac	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VI
Abreviaturas y siglas	VII
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Diabetes Tipo 2	5
III.2 Proceso de Duelo	6
III.3. Adherencia terapéutica	10
IV. Hipótesis o supuestos	14
V. Objetivos	16
V.1 General	16
V.2 Específicos	16
VI. Material y métodos	17
VI.1 Tipo de investigación	17
VI.2 Población o unidad de análisis	17
VI.3 Muestra y tipo de muestra	17
VI.4 Criterios de selección	18
VI.5 Variables estudiadas	18
VI.6 Técnicas e Instrumentos	19
VI.7 Procedimientos	20
VI.8 Análisis estadístico	20
VI.9 Consideraciones éticas	21
VII. Resultados	22
VIII. Discusión	31
IX. Conclusiones	34
X. Propuestas	35
XI. Bibliografía	38
XII. Anexos	43
XII.1 Hoja de recolección de datos	43
XII.2 Instrumentos	44
XII.3 Carta de consentimiento informado.	48
XII.4 Dictamen de Aprobado	50
XII.5 Antiplagio	51

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de DT2 con y sin adherencia al tratamiento.	24
VII.2	Tiempo de evolución con relación a la adherencia al tratamiento.	25
VII.3	Asociación de Fase de Negación y adherencia al tratamiento.	26
VII.4	Asociación de Fase de Ira y adherencia al tratamiento.	27
VII.5	Asociación de Fase de Negociación y adherencia al tratamiento.	28
VII.6	Asociación de Fase de Depresión y adherencia al tratamiento.	29
VII.7	Asociación de Fase de Aceptación y adherencia al tratamiento.	30

Abreviaturas y siglas

ADA: Asociación Americana de la Diabetes

A1c o HbA1c: Prueba de hemoglobina glucosilada

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión

DASH: Dietary Approach Stop hypertension

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.

DT2: Diabetes tipo 2

EATDM-III: Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2 versión III

EFD-66: Escala de las Fases del Duelo -66

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IED: Inventario de Experiencias en Duelo

IMC: Índice de Masa Corporal

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo

MBG: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica.

MMAS-8: Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de Medicina Familia

I. Introducción

Mundialmente la Diabetes tipo 2 (DT2) representa un problema de salud pública, en Latinoamérica para el año 2045 el número de casos de personas con DT2 se estima será del 62% se considera que el 40% de los pacientes con este diagnóstico ignoran su condición, México es uno de los diez países con mayores casos de DT2 se estima que 22.7% de los casos es en menores de 40 años y que 12.3% de las muertes totales se debe a la DT2. (Aguilar Salinas & Aschner, Epidemiología de la diabetes tipo 2 en latinoamerica, 2019)

Desde que la persona es diagnosticada con DT2 experimenta emociones negativas como angustia, frustración, culpabilidad, y depresión, atravesando un proceso de duelo que es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana, pues el paciente conoce que no existe cura para esta enfermedad y solo es tratada y controlada, ya representa un problema de salud pública mundial que incluye cambios en el estilo de vida así como una adaptación adecuada al inicio de la terapia farmacológica, dieta, ejercicio.

Se sabe que entre el 10% y 34% de los pacientes con DT2 presentan un duelo que de acuerdo a Elizabeth Kübler Ross se divide en 5 fases en pacientes portadores de DT2 las cuales son negación en el 18%, ira en el 16%, negociación en el 19%, depresión en el 11% y aceptación en el 26% las cuales influyen en la adherencia terapéutica. (Ventura, et al., 2019)

La OMS refiere que la falta de adherencia terapéutica representa el principal obstáculo en relación con la pérdida de la salud constituyendo un problema de salud pública, pues se estima que para el año 2030 en México la adherencia terapéutica tendrá un impacto positivo en la salud. (Lozano Davila, Vargas Esquivel, Martinez Rodriguez, & Deyver de las Deses, 2017).

El motivo por el cual se realizó esta investigación recae en conocer si el paciente posterior a un año de diagnóstico de DT2 aún se encuentra en alguna fase de duelo como negación, ira, negociación, depresión o aceptación y determinar si existe o no asociación con

una buena o mala adherencia al tratamiento puesto que México es un país en desarrollo en el cual existen pocos estudios sobre adherencia terapéutica en pacientes con DT2 que determinen factores que intervengan en este comportamiento. (Vargas y Toledo, 2018)

También es importante esta investigación por que en el estado de Querétaro no existe algún estudio que compruebe la asociación del duelo con la adherencia al tratamiento en la UMF 16.

Pues se sabe que los factores que influyen en el paciente para presentar una buena adherencia son diversos y variados, por lo que esta investigación aporta información importante acerca de algunas características sociodemográficas que forman parte de la asociación que existe entre el proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de DT2 de más de un año de evolución como la edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil y el tiempo de evolución del diagnóstico.

Lo que se busca en esta investigación es identificar al paciente portador de DT2 posterior a un año de diagnóstico en alguna de las fases del duelo y conocer la asociación que existe con una buena o mala adherencia a su tratamiento para poder desarrollar diferentes intervenciones de manera integral en su estado emocional o psicológico y físico pretendiendo concientizar al paciente sobre el apego adecuado a su tratamiento y cambios en el estilo de vida con el objetivo de lograr una buena adherencia a su tratamiento.

II. Antecedentes

La diabetes representa la segunda causa de consulta médica en el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), factores atribuidos al paciente como el cumplimiento del tratamiento a largo plazo está determinado por las diferentes fases del duelo que incluye estados emocionales, estrés y estilos de afrontamiento, por lo que aumenta el riesgo de suicidio y de muertes por eventos cardiacos debido a que el paciente puede desarrollar un duelo patológico. (Moctezuma,et al., 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 determina a la adherencia terapéutica como el nivel en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones establecidas del prestador de los servicios de salud, relacionadas con la toma de medicación, seguimiento de la dieta o la modificación de los hábitos de vida, y su evaluación incluye la asistencia a citas de control, realización de exámenes, y el logro de estilos de vida saludables. (Reyes,et al., 2016)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 67.9% de los pacientes con DT2 reciben tratamiento farmacológico y solo el 62.2% presenta un descontrol glucémico, considerándose la adherencia terapéutica esencial para el manejo de la DT2. (Mendoza, et al., 2021)

Los países en desarrollo como los de América Latina el porcentaje de adherencia terapéutica se encuentra por debajo del 25%, ya que existen estudios que demuestran que a los 6 meses de tratamiento entre un 30% y un 80% de los pacientes dejan de tomar su medicación. (Villalba,Almirón y Torales, 2021).

En un estudio transversal, descriptivo y analítico realizado durante el año 2013 a 2014 en una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México se analizaron 186 sujetos, de los cuales 70.1% fueron mujeres, la edad promedio fue de 60.5 años, se encontró que quienes presentaban incredulidad eran pacientes con valores de glucosa mayores de 190 ± 67

y que la etapa de depresión se presentó a mayor tiempo de diagnóstico y con valores elevados de glucosa, siendo en mujeres del 21 % frente a 7 % en hombres. (Moctezuma,et al., 2015)

En otro estudio transversal y observacional realizado durante los meses de abril a octubre de 2015 se determinó la asociación entre las cinco etapas del duelo propuestas por Kübler-Ross y la adherencia al tratamiento farmacológico, en el cual se encontró que la negación, ira y depresión se asocian con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y la aceptación se asocia con la adherencia al tratamiento farmacológico. (Pedroza,et al., 2017)

Un estudio descriptivo y prospectivo realizado de enero 2016 a noviembre 2018 que considero pacientes con diagnóstico reciente de DT2, de 20 a 65 años de la UMF 65 del IMSS de Oaxaca, se encontró que el 25.8% acepta su enfermedad, 18.1% se encuentra en negación; 15.8% en ira, 18.7% en negociación; en fe/esperanza 10.8% y en depresión 10.6%, asociándose en fase de aceptación una glicemia mayor a 162 mg/dl en el 60% de los casos, la fase de ira se asoció con una edad de 46 años y la fase de depresión se asoció con el tiempo de diagnóstico. (Ventura,et al., 2019)

Por otra parte, un estudio transversal realizado en el año 2019 en los centros de salud de tres localidades del estado de Oaxaca, México, menciona que las etapas de negación y aceptación predicen la adherencia terapéutica ya que la negación se relaciona con menor adherencia terapéutica y la aceptación con una mayor adherencia.

III. Fundamentación teórica

III.1 Diabetes Tipo 2

La DT2 es considerada un proceso complejo que comprende la alteración del metabolismo de los lípidos y proteínas con daño vascular. (Medina, et al.,2013)

También es definida como aquel desorden metabólico de diversas etiologías que se caracterizado por hiperglucemia crónica con desorden en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas que es ocasionado por la deficiencia en la secreción y/o acción de la insulina. (Aschner, Definición y diagnostico de la diabetes mellitus y otros problemas metabolicos asociados a la regulación alterada de la glucosa., 2019)

La importancia del adecuado control de la DT2 es eliminar los síntomas y por lo tanto evitar complicaciones agudas y microvasculares, para conseguir un buen control glucémico se debe realizar un autoanálisis de los niveles de glucosa, el cual corresponde a 61.1.% en los pacientes ya que la adherencia al autoanálisis puede verse afectada debido a pautas psicológicas, sociales o económicas que impiden el autoanálisis. (Vidal, Morato,Galindo y Penalba, 2018)

El tratamiento no farmacológico es capaz de controlar la mayoría de los problemas metabólicos e incluye la alimentación de acuerdo a la dieta mediterránea o dieta DASH que incluye un aporte calórico adecuado dependiendo del sexo e IMC del paciente portador de diabetes, la cual tiene como objetivo una reducción de peso de menos del 10%, cuando la dieta es combinada con la actividad física de intensidad moderada de por lo menos 150 minutos de ejercicio aeróbico se disminuye la AC1. (Aschner, Tratamiento no farmacologico de la diabetes tipo 2, 2019)

En el tratamiento farmacológico se debe iniciar desde el diagnostico de DT2 y se acompaña de cambios en el estilo de vida del paciente, aunque puede aplazarse este

tratamiento si los cambios en el estilo de vida son eficientes y se disminuye la AC1 máximo a los tres meses, por otra parte se recomienda iniciar la insulino terapia cuando la AC1 está fuera de la meta a pesar de haber realizado cambios en el estilo de vida y uso de antidiabéticos orales solos o combinados . (Aschner, Manejo farmacológico de la Diabetes tipo 2 , 2019)

Si no se consiguen los objetivos durante el tratamiento farmacológico se deberá valorar la adherencia al tratamiento. (Seguí, Escobar y División, 2015)

Por esta razón la falta de adherencia al tratamiento en DT2 ocasiona la aparición de complicaciones como retinopatía, cardiopatía isquémica, nefropatía, entre otras, y tiene consecuencias a corto plazo como la hiperglucemia y a largo plazo genera complicaciones microvasculares como pie diabético o falla renal. (Alvarado, Ugarte, Chavez y Mañalich, 2018)

En tanto que las complicaciones crónicas en estos pacientes hacen más difícil el tratamiento y pueden causar incapacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas además de que reduce la probabilidad de alcanzar las metas de control glucémico, afecta la calidad de vida y puede causar daño grave. (Ovalle, et al., 2019)

La DT2 por lo tanto provoca en los pacientes múltiples respuestas psicológicas y emocionales las cuales son devastadoras y traumáticas por la pérdida de la salud, ya que el paciente vive un proceso de duelo al que debe someterse, siendo una enfermedad incapacitante, de larga duración e incurable. (Leiton, et al., 2018)

III.2 Proceso de Duelo

La palabra duelo proviene del latín “dolos” (dolor), es una respuesta natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo y es un proceso normal de adaptación. (García, Grau e Infante, 2013)

De acuerdo con Pangrazzi el duelo es definido como aquella “ matriz que junta la respuesta a las separaciones de bienes materiales, ambientes, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de personas queridas “, la magnitud depende de las características propias y la resolución se consigue con la aceptación y el equilibrio, pueden presentarse síntomas como: tristeza, irritabilidad, llanto, pensamiento centrado en la pérdida, los cuales no pueden durar más de seis meses o un año. (León y Huarcaya, 2019)

La real academia de lengua lo define como aquel dolor, lástima, aflicción o sentimiento. (Cabodevilla, 2007)

El proceso de duelo se produce siempre que tiene lugar una pérdida significativa o se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para la persona que lo pierde.

Según la Asociación Americana de la Diabetes en Nueva York, los pacientes diagnosticados con DT2 y sus familiares, pueden experimentar una amplia gama de emociones y de estos el 45% cursan con sintomatología depresiva en el momento del diagnóstico y durante el curso clínico de la enfermedad. (Avila y Apolinar, 2016)

Los pacientes portadores de DT2 presentan emocionales como depresión, ansiedad, ira, siendo comunes en las fases de recaídas o crisis generadas por la hospitalización, la percepción de que su estado de salud se deteriora, la aparición de síntomas nuevos o la reaparición de otros síntomas que ya habían desaparecido. (Grau, 2016)

El diagnóstico y tratamiento de la DT2 se asocia con estados de depresión causados por la visión de las posibles consecuencias para la salud y por el cambio en el estilo de vida que se requiere, siendo ésta una de las causantes por las que no se obtiene mejoría en el estado de salud y en los niveles de glucosa. (Díaz, Vázquez y Fernández, 2016)

Por consiguiente, el paciente portador de DT2 se puede ver damnificado en el logro de sus metas al tratamiento, en el bajo control glucémico, en la adherencia terapéutica, en los

estilos de vida, así como en los factores personales, familiares y de competencias en autocuidado. (Rodríguez, et al., 2015)

Las fases del duelo son reacciones a la pérdida que tienen muchas personas las cuales nos ayudan a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo, no es necesario atravesar todas estas fases ni hacerlo en un orden, de acuerdo a Elizabeth Kübler Ross son: (Kübler y Kessler, 2016)

- ❖ Negación: se puede experimentar incredulidad, la persona puede negar la existencia de una enfermedad y ayuda a asimilar los sentimientos, cuando se remite se sustituye poco a poco por la realidad de la pérdida y se inicia el proceso de curación. (Kübler y Kessler, 2016)
- ❖ Ira: aparecen sentimientos de rabia, culpa, agresividad, frustración, trastornos del sueño y/o del apetito, ante la evidencia de incurabilidad y de la incertidumbre de alguna complicación. (Fernández, et al., 2011)
- ❖ Negociación: se guarda la esperanza de que todo continúe igual, a pesar de que ya se le indicó al paciente que no existe cura para su enfermedad, el paciente sigue indagando diferentes opciones de tratamiento, se presenta un deseo de volver el tiempo atrás, se intenta negociar la salida de la enfermedad. (Figuerola, et al.)
- ❖ Depresión: se puede presentar disminución del interés, falta de energía, sentimientos de culpa, llanto frecuente, sentido de inutilidad, tendencia al aislamiento, pérdida o el aumento de peso, insomnio y falta de humor, se puede considerar el suicidio como el único remedio a una vida carente de sentido. (Pangrazzi, 2016)
- ❖ Aceptación: se identifica la enfermedad, no se buscan culpables, ni se adopta una posición de derrota, se toma una actitud responsable de lucha y supervivencia, se alcanza esta fase cuando se admiten nuevos significados a lo que se vive. (Moral y Miaja, 2015)

El Trastorno por duelo persistente (duelo patológico) se incluye en el DSM V dentro de “Trastornos para el estudio futuro” con criterios específicos, la CIE-10 introduce en los Trastornos de Adaptación (F43.2) a las reacciones anormales de cualquier duración ocasionadas por duelo.

Durante el duelo complicado el paciente puede recurrir a comportamientos desadaptativos y perdura sin fin en este estado, sin lograr avanzar a la resolución del proceso de duelo, dentro del duelo complicado se encuentran los siguientes tipos: (Vedia, 2016)

- ❖ Duelo crónico: este duelo presenta una duración excesiva y no concluye satisfactoriamente, la persona que lo presenta es consciente de que no consigue terminarlo.
- ❖ Duelo retrasado o también llamado inhibido, pospuesto o suprimido: existe una respuesta emocional deficiente al momento de la pérdida ocasionado por una carencia en el soporte social, por la necesidad de ser fuerte por algo o por alguien o a sentir angustia por el número de pérdidas.
- ❖ Duelo exagerado: es aquel que se intensifica ante un duelo normal, recurriendo a una conducta desadaptativa, la persona es consciente que sus síntomas son relacionados a la pérdida y se incluyen trastornos psiquiátricos que aparecen después de la pérdida.
- ❖ Duelo enmascarado: en este duelo se viven conductas y síntomas relacionados con la pérdida.
- ❖ Duelo anticipado: se sufre por una pérdida inevitable que aún no ha sucedido, es prepararse para la pérdida y ayuda a cambiar algunos aspectos sobre uno mismo frente a la vida y la forma de vivirla. (Guinot,Cuesta,Farriol y Postigo, 2019)

Los instrumentos de medición del duelo se enfocan principalmente a pérdidas por muerte y a pérdidas de la salud en pacientes terminales.

Sin embargo, la escala EFD-66 modificada y diseñada por Mija Ávila y col. determina la asociación entre las etapas del duelo por pérdida de la salud propuestas por Kübler-Ross y la adherencia terapéutica, es aplicable en los tres niveles de atención, se adapta a la población mexicana y detecta a pacientes que requieren manejo integral, se aplicó en un estudio transversal para determinar la asociación entre las etapas del duelo y la adherencia terapéutica en una unidad de medicina familiar del ISSSTE durante el 2015. (Pedroza, et al. , 2017)

Otras escalas a considerar que miden el duelo, pero asociadas a la pérdida por muerte son:

- El Inventario de Experiencias en Duelo (IED) contiene 135 ítems dicotómicos en el que se exploran las áreas somática, emocional y relacional del doliente, presenta un alfa de Cronbach de 0,43-0,85, es autoadministrado y el tiempo en llenarlo es de 20 minutos. (García,Landa,Trigueros y Gaminde, 2001)
- ❖ El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) contiene 21 ítems, es autoadministrado y se rellena aproximadamente en 10 minutos, presenta un alfa de Cronbach de 0,70, en él se explora la conducta y sentimientos del doliente en el momento inmediato al fallecimiento, y sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido. (Gracia,Landa,Trigueros y Gaminde, 2005)

III.3. Adherencia terapéutica

La Adherencia Terapéutica se define como el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, así como compartir responsabilidad con el personal de salud y seguir una terapia mutuamente acordada. (Sabate, 2004)

La falta de adherencia al tratamiento en personas con DT2 es mala en el 50% de los pacientes incrementándose después de los 3 años de su diagnóstico a 80%, se considera que

los pacientes con DT2 en la mayoría de las ocasiones no está convencida de la enfermedad y de que debe llevar tratamiento farmacológico y no farmacológico. (Castro, Rico y Padilla, 2014)

En pacientes que toman antidiabéticos orales la mala adherencia al tratamiento se sitúa entre el 30% y 51% y entre el 25% en los pacientes insulinizados, del total de pacientes con DT2 solo el 56% logran un control metabólico, es decir la mala adherencia se debe a la falta de medicación prescrita que ocasiona una valoración inadecuada en la efectividad del tratamiento y deriva al aumento en la medicación prescrita al añadir otros fármacos para alcanzar el control adecuado y como consecuencia ocasiona un incremento en el gasto sanitario. (Orozco,et al., 2016)

Otras causa importantes del incumplimiento en la adherencia es la falta del conocimiento sobre la enfermedad, carencia de apoyo social, la comorbilidad con depresión o deterioro cognitivo, la relación profesional sanitario-paciente, además de que cuando el paciente está mal controlado y presenta una buena adherencia al tratamiento el problema es entonces la intensificación en su tratamiento , pues antes de añadir un tratamiento farmacológico se debe valorar previamente la adherencia al tratamiento. (Orozco,et al., 2016)

La adherencia deficiente a tratamientos a largo plazo compromete la efectividad, por lo que el proceso educativo es un influyente en el tratamiento, los factores como la complejidad del régimen médico, la duración y fracaso a tratamientos anteriores, la inminencia a efectos beneficiosos, los efectos adversos y la disponibilidad del apoyo médico influyen también en la adherencia al tratamiento. (Ramírez,Anlehu y Rodríguez, 2019)

Al realizar intervenciones educativas efectivas en la adherencia terapéutica en pacientes portadores de DT2 se reduce la A1c hasta en 1.4% y pueden ayudar a reducir el peso y la presión arterial, por lo que se debe realizar una medición adecuada de la adherencia terapéutica para brindar tratamientos efectivos y eficaces. (Aschner, Educación del paciente con diabetes tipo 2, 2019).

El realizar estas intervenciones va a permitir de igual manera tener menores ingresos hospitalarios, menor mortalidad y menor gasto sanitario. (Ramos,et al. , 2017)

El paciente con DT2 presenta crisis la cual tiene implicaciones físicas, psicológicas y sociales, pues la enfermedad no solo va a generar estrés en el paciente, sino también en su familia, por lo que es conveniente considerar que el establecer metas terapéuticas muy elevadas desde un principio provocan que el paciente abandone el tratamiento. (Escalon,Azócar,Pérez y Matus, 2015)

Es importante conocer los factores que influyen en la calidad de vida del paciente con DT2 como el sexo, la edad, la presencia de pareja, grado de estudios, ayuda social, índice de masa corporal, complicaciones resultantes de la enfermedad por DT2, comorbilidades asociadas, tipo y satisfacción del tratamiento, control glucémico, y satisfacción con la salud del paciente en la adherencia terapéutica. (Urrzua,et al., 2015)

Se debe considerar también que los avances diagnósticos y terapéuticos no solucionan los problemas relacionados con la adherencia terapéutica ya que el paciente toma sus propias decisiones sobre la toma de su tratamiento según su conocimiento y cuidado por su enfermedad. (Villalba,Almirón y Torales, 2021)

Se deben reconocer las funciones de la familia del paciente con DT2 como brindar soporte a través de la supervivencia económica, transmisión de la cultura, proporcionar protección y fomentar valores que fortalecen al paciente emocionalmente e incrementa sus conductas de salud, adherencia al tratamiento, nutrición y alimentación, pues hacen que el paciente se sienta motivado y apoyado con el cuidado que le brinda su familia, lo que mejora su calidad de vida. (Zenteno,Carreón,Martínez,García y García, 2018)

La adherencia terapéutica se puede medir por medio de métodos directos e indirectos, para fines de esta investigación se utilizó el método indirecto llamado cuestionario

MBG (Martín-Bayarre-Grau) en el que se incluye la evaluación de la información proporcionada por el paciente, siendo un método sencillo, de menor costo y fácil de aplicar. (Pagés y Valverde, 2018)

El cuestionario de M-B-G (Martín-Bayarre-Grau) fue desarrollado durante el año 2008 por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba para evaluar los niveles de adherencia al tratamiento, en estudios anteriores se aplicó a pacientes portadores de DT2 de Hospital General de Zona de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Pachuca, Hidalgo, México para medir su apego al tratamiento farmacológico. (Villaseñor, Ruvalcaba, Chehue, Reynoso y De la O, 2015)

La adherencia al tratamiento también puede medirse por otros cuestionarios como:

- ❖ El cuestionario MMAS-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale) se desarrolló a partir de las 4 preguntas del test MMAS-4, es validada para diversas patologías, tiene un alfa de Cronbach de 0.83, analizan el comportamiento en la toma de medicamentos y proporciona información sobre conductas involuntarias las opciones de respuesta son sí / no, el total del puntaje puede variar de 0 a 8, los puntajes más altos indican mayor adherencia. (Wang, Rongwen y Yong-zhen, 2013)
- ❖ La Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2, versión III (EATDM-III) incluye cincuenta y cinco ítems y valora el apoyo familiar, organización y apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición médica, presenta un alfa de Cronbach de 0.871, utiliza una escala Likert de 5 opciones y da a cada factor el valor de 0 a 100 puntos, considerando alta adherencia de 67-100 puntos, media adherencia de 33 a 66 puntos y baja adherencia de 0 a 32 puntos. (Vargas y Toledo, 2018)

IV. Hipótesis

Ho: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negación con adherencia al tratamiento es igual o menor a 39% y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negación sin adherencia al tratamiento es igual o menor a 59 %.

Ha: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negación con adherencia al tratamiento es mayor a 39 % y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negación sin adherencia al tratamiento es mayor a 59%.

Ho: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de ira con adherencia al tratamiento es igual o menor a 39 % y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de ira sin adherencia al tratamiento es igual o menor a 59%.

Ha: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de ira con adherencia al tratamiento es mayor a 39 % y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de ira sin adherencia al tratamiento es mayor a 59%.

Ho: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negociación-pacto con adherencia al tratamiento es igual o menor a 39 % y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negociación-pacto sin adherencia al tratamiento es igual o menor a 59%.

Ha: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negociación-pacto con adherencia al tratamiento es mayor a 39 % y la asociación entre el

proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negociación-pacto sin adherencia al tratamiento es mayor a 59%.

Ho: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de depresión con adherencia al tratamiento es igual o menor a 39 % y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de depresión sin adherencia al tratamiento es igual o menor a 59%.

Ha: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de depresión con adherencia al tratamiento es mayor a 39% y la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de depresión sin adherencia al tratamiento es mayor a 59%.

Ho: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de aceptación con adherencia al tratamiento es igual o menor a 61 % y la asociación de duelo patológico en el paciente con DT2 en su dimensión de aceptación sin adherencia al tratamiento es igual o menor de 41%.

Ha: la asociación entre el proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de aceptación con adherencia al tratamiento es mayor a 61 % y la asociación de duelo patológico en el paciente con DT2 en su dimensión de aceptación sin adherencia al tratamiento es mayor a 41%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de Diabetes Tipo 2 de más de un año de diagnóstico.

V.2 Objetivos específicos

- ❖ Determinar la asociación entre proceso de duelo en el paciente con DT2 en su dimensión de negación con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
- ❖ Determinar la asociación entre proceso de duelo en el paciente con DT2, en su dimensión de ira con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
- ❖ Determinar la asociación entre proceso de duelo en el paciente con DT2, en su dimensión de negociación con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
- ❖ Determinar la asociación entre proceso de duelo en el paciente con DT2, en su dimensión de depresión con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
- ❖ Determinar la asociación entre proceso de duelo en su dimensión de aceptación del paciente a padecer DT2 con la adherencia y sin adherencia al tratamiento.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación:

Observacional, Transversal comparativo.

VI.2 Población o unidad de análisis:

Pacientes portadores de DT2 de más de un año de diagnóstico de la UMF Número 16 “Dr. Arturo Guerreo Ortiz”, del IMSS, delegación Querétaro, durante el año 2021, en esta investigación se estudiaron dos grupos:

- ❖ Grupo 1: Pacientes con diabetes tipo 2 en proceso de duelo sin adherencia al tratamiento
- ❖ Grupo 2: Pacientes con diabetes tipo 2 en proceso de duelo con adherencia al tratamiento

VI.3 Muestra y tipo de muestreo:

Tamaño de muestra: El tamaño de la muestra se estimó con la fórmula para dos proporciones, donde $p_1=41\%$ que corresponde a la asociación de duelo patológico en el paciente con DT2 con la adherencia terapéutica.

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p_1q_1 + p_0q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

En donde:

$Z\alpha$ = Nivel de confianza del 95% que corresponde a 1.64

$Z\beta$ = Poder de prueba del 80% que corresponde a 0.842

p_0 = 0.61

$$q_0 = 1 - 0.61 = 0.39$$

$$p_1 = 0.41$$

$$q_1 = 1 - 0.41 = 0.59$$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 [(0.61)(0.39)] + [(0.41)(0.59)]}{(0.61 - 0.41)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 (0.2379 + 0.2419)}{(0.21)^2}$$

$$n = \frac{(6.1603)(0.4798)}{0.0441}$$

$$n = \frac{2.95571}{0.0441}$$

$$n = 67.0229$$

Se redondeo a 67 pacientes para cada grupo.

Técnica muestral: Muestreo no probabilístico por conveniencia

VI.4 Criterios de selección:

Se incluyeron a hombres y mujeres mayores de 18 años, portadores de Diabetes tipo 2 de más de un año de diagnóstico, que supieran leer y escribir, que al momento del estudio no presentaron complicaciones crónicas o agudas y que firmaran la carta de consentimiento informado. Se excluyeron a pacientes con discapacidad y que presentaran proceso de duelo por otras causas no relacionadas a diabetes. Se eliminaron a los participantes que contestaron cuestionarios incompletos.

VI.5 Variables estudiadas:

Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil. Las variables clínicas incluyeron tiempo de evolución de diabetes tipo 2, la determinación de las fases del proceso de duelo y la adherencia al tratamiento.

VI.6 Técnicas e instrumentos:

Se creó una hoja de recolección de datos realizada para tal fin en la cual se incluyeron las variables sociodemográficas y clínicas.

Para estimar las fases del duelo se aplicó la escala EFD-66 modificada, diseñada por Mija Ávila y col. que describe las cinco fases propuestas por Kübler-Ross auto aplicable y consta de 66 ítems, presenta un alfa de Cronbach en general de 0,756, integra las dimensiones de negación (15 ítems) con alfa de Cronbach 0,815, ira (12 ítems) con alfa de Cronbach 0,704, pacto (12 ítems) con alfa de Cronbach 0,777, depresión (12 ítems) con alfa de Cronbach 0,889, aceptación (15 ítems) y alfa de Cronbach 0,854. Esta escala da un puntaje a las respuestas en siempre=5, casi siempre=4, a veces=3, pocas veces=2 y nunca=1, en donde de acuerdo al puntaje obtenido se clasificará que el paciente se puede encontrar en Negación con puntaje de 25.5, Ira con puntaje de 20.5, Negociación o pacto con puntaje de 48.5, Depresión con puntaje de 21.5, y en aceptación con un puntaje de 65.5. (Pedroza, et al., 2017)

También se utilizó el cuestionario M-B-G (Martín-Bayarre-Grau) que es auto aplicable y presenta un alfa de Cronbach de 0.889, se usa en investigaciones para pacientes con DT2 y se adapta a la pluripatología, proporciona al paciente en una escala tipo Likert cinco opciones que determinan un valor (nunca=0, casi nunca=1, a veces=2, casi siempre=3 y siempre=4) en la cual el paciente marcará con una x la periodicidad que considera que realiza, la calificación se obtiene a partir de un puntaje, considerando una puntuación de 38 a 48 puntos con buena adherencia, 18-37 puntos con adherencia parcial y de 0-17 puntos con mala adherencia. (Rodríguez, García, Rodríguez, Batanero y Pérez, 2020).

El cuestionario M-B-G (Martín-Bayarre-Grau) se compone de 12 ítems, los ítems 1,2,6,10 incluyen el tratamiento farmacológico, el cumplimiento en el horario, dosis prescrita, y la interferencia del tratamiento con las actividades diarias del paciente, también permite conocer si el paciente utiliza recordatorios para la toma de su tratamiento, los ítems 3 y 5 describen el cumplimiento del tratamiento no farmacológico, el ítem 4 incluye la

asistencia del paciente a consultas, los ítems 7,11 y 12 describe la relación médico-paciente para el cumplimiento del tratamiento, los ítems 8 y 9 describe la independencia del paciente ante la toma de su tratamiento.

VI.7 Procedimientos:

Posterior a la autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se solicitó la autorización de la Dirección de la UMF No.16, para llevar a cabo el estudio, para lo cual se acudió a la sala de espera en ambos turnos de atención médica, para identificar a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión por medio del muestreo no probabilístico por conveniencia, a cada participante se le invito a participar en el proyecto de investigación y posterior a la solución de dudas y aceptación verbal se le otorgo la carta de consentimiento informado para proceder a la firma autógrafa.

A continuación, se le otorgó la hoja de recolección de datos que incluía los datos sociodemográficos y se entregó la escala de EFD-66 para determinar las fases de duelo y el cuestionario M-B-G (Martín-Bayarre-Grau) para determinar la adherencia terapéutica, el tiempo requerido fue aproximadamente de 15 minutos para ambos cuestionarios.

En todo momento se contó con el apoyo por parte del investigador ya que podían surgir dudas durante su llenado o conmover emociones en el paciente, al termino se les dio a conocer el resultado, los pacientes que ameritaron atención se les explico la importancia del seguimiento con su Médico Familiar y con servicios de apoyo como psicología o trabajo social.

VI.8 Análisis estadístico:

Para las variables sociodemográficas se aplicó la estadística descriptiva expresándose en frecuencias, porcentajes, intervalo de confianza y para las variables de asociación se aplicó Chi² y OR.

VI.9 Consideraciones éticas

Esta investigación se sometió a un comité de investigación local en salud para su revisión, evaluación y aceptación para garantizar la dignidad y el bienestar de los pacientes sometidos a investigación contemplando la reglamentación ética vigente.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y de acuerdo a los aspectos éticos la investigación propuesta “Asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de diabetes tipo 2 de más de un año de diagnóstico”, esta investigación se apegó a los artículos que establece, según el artículo 17 representa una investigación riesgo mínimo, ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no modifica las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los pacientes con DT2 que participan en el estudio.

También se contemplaron los principios éticos para la investigación médica de Helsinki adoptada por última vez en la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil, en octubre 2013, y de acuerdo al informe Belmont se considera en la investigación tres principios éticos básicos, los cuales son: respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

VII. Resultados

Se estudiaron 134 pacientes, incluidos en dos grupos de estudio con adherencia y sin adherencia terapéutica, el promedio de edad en pacientes con adherencia terapéutica fue de 63.21 años (DS \pm 11.75) y pacientes sin adherencia terapéutica fue de 61 años (DS \pm 10.60), el sexo femenino predominó en un 62.7% (42) en el grupo sin adherencia terapéutica, en relación con la ocupación el 38.1% (51) se dedicaba al hogar, la escolaridad primaria predominó en un 42.2% (57) y el estado civil casado representó el 64.9% (87) con una p no significativa en las variables sociodemográficas. Cuadro VII.1

En relación al tiempo de evolución, los pacientes de más de 10 años presentaron adherencia terapéutica en un 64.2% (43), sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Cuadro VII.2

En cuanto a los pacientes con adherencia terapéutica en la fase de negación, se encontró que un 91% (61) se encontraba sin negación de la enfermedad con adherencia terapéutica, con una asociación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.007$, por lo que aquellos pacientes sin negación tienen 3.73 más veces de probabilidad de tener adherencia terapéutica, con $OR=3.73(IC95\%;1.37-10.12)$. Cuadro VII.3

Se encontró que los pacientes con adherencia terapéutica en la fase de ira, un 73.1% (49) se encontraba con ira durante la enfermedad con adherencia terapéutica, con una asociación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.00$, así mismo aquellos pacientes con ira tienen 0.24 más veces de presentar más probabilidad de tener adherencia terapéutica, con $OR= 0.24 (IC95\%;0.12-0.51)$. Cuadro VII.4

También se encontró que los pacientes en fase de negociación, un 80.6% (54) corresponde a aquellos que se encuentran sin negociación y sin adherencia terapéutica, por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.30$ por lo que no existe asociación entre la fase de negociación y adherencia terapéutica. Cuadro VII.5

Dentro de la población analizada en la fase de duelo de depresión, que un 88.1 (59) corresponde a pacientes sin depresión con adherencia terapéutica, encontrándose una asociación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.00$, por lo que también se analizó que aquellos pacientes con sin depresión tienen más probabilidad de 6.35 más veces de presentar mayor adherencia terapéutica, con OR 6.35 (2.63-15.32). Cuadro VII.6

Se encontró también en la fase de duelo de aceptación, que el 82.1% (55) corresponde a aquellos pacientes con aceptación y con adherencia terapéutica, encontrándose una p estadísticamente significativa de 0.00, encontrándose que aquellos pacientes con aceptación tienen 0.22 más veces de presentar adherencia al tratamiento con OR 0.22 (0.10 - 0.49). Cuadro VII.7

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de DT2 con y sin adherencia al tratamiento.

	Con Adherencia Terapéutica		Sin Adherencia Terapéutica				p *	IC 95%	
	n = 67		n = 67				0.259		
Edad (años)	63.21(+11.75)		61.0 (+10.60)						
Sexo	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%			
Femenino	33	49.3	42	62.7	75	56	.117	1.36	1.53
Masculino	34	50.7	25	37.3	59	44			
Ocupación									
Hogar	25	37.3	26	38.8	51	38.1			
Obrero	2	3.0	5	7.5	7	5.2			
Empleado	14	20.9	17	25.4	31	23.1	.405	2.92	3.76
Comerciantes	4	6.0	5	7.5	9	6.7			
Profesionista	0	0	1	1.5	1	0.7			
Jubilado	21	31.3	11	16.4	32	23.9			
Desempleado	1	1.5	2	3.0	3	2.2			
Escolaridad									
Primaria	27	40.3	30	44.8	57	42.2			
Secundaria	18	26.9	21	31.3	39	29.1			
Media	11	16.4	10	14.9	21	15.7			
Superior							.752	1.90	2.35
Carrera	2	3	1	1.5	3	2.2			
Técnica									
Profesional	9	13.4	5	7.5	14	10.4			
Estado Civil									
Soltero	9	13.4	9	13.4	18	13.4			
Unión Libre	3	4.5	2	3.0	5	3.7			
Casado(a)	42	62.7	45	67.2	87	64.9	.336	2.77	3.10
Viudo(a)	11	16.4	5	7.5	16	11.9			
Separado(a)	2	3	6	9.0	8	6.0			

*Promedios y desviación estándar de la población de estudio.

p*, Chi 2 para variables categóricas, T student para variables cuantitativas e IC 95%

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII.2 Tiempo de evolución con relación a la adherencia al tratamiento.

		n=134			
		Con adherencia terapéutica n = 67	Sin adherencia terapéutica n = 67	Total	p*
Tiempo de evolución	De 1 a 5 años 11 meses	13 (19.4%)	20 (29.9%)	33 (24.6%)	0.341
	De 6 a 9 años 11 meses	11 (16.4%)	8 (11.9 %)	19 (14.2%)	
	De 10 años y mas	43 (64.2%)	39 (58.2%)	82 (61.2%)	

p*, Chi 2.

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII.3. Asociación de Fase de Negación y adherencia al tratamiento.

Fase Negación de proceso de duelo	Con Adherencia Terapéutica n =67		Sin Adherencia Terapéutica n =67		OR IC 95%	p*
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Con Negación	6	9	18	26.9	3.73 (1.37-10.12)	0.007
Sin Negación	61	91	49	73.1		

n=134

p*, Chi cuadrada, OR (IC 95%)

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII.4 Asociación de Fase de Ira y adherencia al tratamiento.

Fases de Ira de proceso de duelo	Con Adherencia Terapéutica n =67		Sin Adherencia Terapéutica n =67		OR IC 95%	p*
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Con Ira	49	73.1	27	40.3	0.24 (0.12-0.51)	0.00
Sin Ira	18	26.9	40	59.7		

p*, Chi cuadrada, OR (IC 95%)

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII.5 Asociación de Fase de Negociación y adherencia al tratamiento.

Fases de Negociación de proceso de duelo					n=134	
	Con Adherencia Terapéutica n =67		Sin Adherencia Terapéutica n =67		OR IC 95%	p*
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Con Negociación	18	26.9	13	19.4	0.65 (0.29- 1.47)	0.30
Sin Negociación	49	73.1	54	80.6		

p*, Chi cuadrada, OR (IC 95%)

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII.6 Asociación de Fase de Depresión y adherencia al tratamiento.

Fases de Depresión de proceso de duelo	Con Adherencia Terapéutica n =67		Sin Adherencia Terapéutica n =67		OR IC 95%	p*
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Con Depresión	8	11,9	31	46.3	6.35	0.00
Sin Depresión	59	88.1	36	53.7	(2.63- 15.32)	

p*, Chi cuadrada, OR (IC 95%)

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

Cuadro VII.7 Asociación de Fase de Aceptación y adherencia al tratamiento.

Fases de Aceptación de proceso de duelo	Con Adherencia Terapéutica n =67		Sin Adherencia Terapéutica n =67		OR IC 95%	p*
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
	Con Aceptación	55	82.1	34		
Sin Aceptación	12	17.9	33	49.3	(0.10 - 0.49)	

p*, Chi cuadrada, OR (IC 95%)

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, adscritos a la UMF 16, Querétaro

VIII. Discusión

Esta investigación se realizó en pacientes con diagnóstico principal de Diabetes tipo 2 de más de un año de evolución, pues es una población de alto riesgo en la que se pueden presentar múltiples complicaciones desde que es diagnosticada, por lo que el duelo como pérdida de la salud es un factor importante en la adherencia al tratamiento la cual puede influir en la aparición de complicaciones.

De acuerdo a las variables sociodemográficas estudiadas en esta investigación se demostró mayor predominio por el sexo femenino en un 62.7%, no encontrando significancia estadística con la adherencia al tratamiento, lo cual coincide con un estudio realizado por Cordero Sánchez y cols. (2022) (Cordero, Alba, Muñoz, Guzmán y Ramírez, 2022) en el que se encontró predominio por el sexo femenino en el 62% refiriendo que esto se debe a que las mujeres acuden a los centros hospitalarios y de atención médica con mayor frecuencia, además de que se les adjudica el rol de “cuidador” de las familias y hogares.

En un estudio realizado por Domínguez Gallardo y Ortega Filártiga (2019) (Domínguez y Filártiga, 2019) realizado en el Hospital Nacional de Itagua, Paraguay se encontró que el 66% de los pacientes estudiados corresponden al sexo femenino adjudicando esto a que el sexo femenino se preocupa más por su estado de salud.

Además en un estudio descriptivo analítico de corte transversal realizado en el año 2017 en el que se estudió el nivel de adherencia a los tratamientos no farmacológicos de pacientes con diabetes mellitus, realizado una Institución Prestadora de Servicios IPS en Barranquilla Colombia se encontró que el 62.87% corresponde al sexo femenino lo cual se debe a su mayor participación y de estos el 9.93% corresponde a los pacientes adherentes y el 52.94% corresponde a las no adherentes, lo que determino que no existe asociación estadísticamente significativa con el nivel de adherencia. (Amador, Montealegre, Arteta, De Oro y Navarro, 2020)

Por otra parte en un estudio descriptivo transversal por Pascacio Vera y cols.(2016) (Pascacio, Ascencio, Cruz y Guzmán, 2016) realizado en población rural reporta que ser ama de casa fue la ocupación más frecuente con un 62.5 %, (n=80) lo cual contrasta con este estudio el cual fue realizado en población urbana, donde también predominó ser ama de casa, pero en un 38.1% (n=134) diferencia que puede explicarse por la mayor participación de las mujeres en otros ambientes económicamente activos.

En esta investigación predominó la escolaridad primaria en un 42.2%, sin encontrar asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica, sin embargo las frecuencias demuestran que a mayor grado de estudios mayor adherencia; datos que concuerdan con lo reportado por Ramírez García (2019) (Ramirez, Anlehu y Rodriguez, 2019), donde además de predominar la escolaridad primaria en un 70.8%, se encontró que tienen un conocimiento intermedio e inadecuado del padecimiento, lo que aumenta el riesgo para la no adherencia terapéutica.

En relación a la variable sociodemográfica estado civil, algunos estudios comentan que el matrimonio o el hecho de vivir en compañía son factores facilitadores para la adherencia terapéutica (Pagès y Valverde, 2018). Sin embargo, los resultados de nuestro estudio coinciden con lo reportado por Bello Escamilla y Montoya Cáceres (2017) (Bello y Montoya, 2017) donde no se encontró asociación estadísticamente significativa (p valor= 0.7) entre tener o no pareja con la adherencia terapéutica, lo que pudiera atribuirse a que es el propio paciente el que finalmente decide cómo llevar su tratamiento, siendo la presencia o ausencia de una pareja, factores no determinantes para cumplir las indicaciones médicas.

En cuanto a la variable clínica de tiempo de evolución, esta investigación demostró predominio de pacientes que tienen 10 o más años de diagnóstico, de los cuales el 64.2% reportaron adherencia terapéutica, en un estudio reportado por Angélico Bastidas y Rondon Bernard (2020) (Angelucci y Rondon, 2020) refiere que los pacientes portadores de DT2 de más tiempo de diagnóstico y que poseen mayor adherencia terapéutica son personas en edad adulta, con alta disciplina, sin enfermedades concomitantes, ni polimedicación.

Lo cual quiere decir que a mayor evolución de la enfermedad el empeoramiento de los síntomas o limitación física pueden ejercer un efecto positivo sobre la adherencia terapéutica lo cual abre otras áreas de oportunidad en investigación.

De acuerdo a las etapas del duelo en relación con la adherencia terapéutica en pacientes con DT2 en esta investigación las etapas de negación, ira, depresión y aceptación se relacionan con mayor adherencia terapéutica, encontrando a la aceptación como la etapa más frecuente con un 82.1% de los pacientes con adherencia al tratamiento relacionando con el mayor tiempo de diagnóstico en un 64.2 %, encontrando una estadística significativa de $p < 0.0001$ lo cual se debe a que el duelo es un proceso de adaptación emocional a la pérdida de la salud, que concluye en la aceptación.

Semejante a lo reportado por Mendoza Catalán y cols. (2021) (Mendoza, et al., 2021) en un estudio transversal de diferentes centros de salud de Oaxaca en el que se encontró que 58.7% de los pacientes estaban en fase de aceptación, siendo por lo tanto la aceptación un factor predictor de la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, en un estudio realizado por Marcial Ventura y cols. (2019) (Marcial, et al., 2019) en Oaxaca, se evaluaron las etapas de duelo en sus dimensiones de negación, ira, negociación, depresión y aceptación se encontró que un 88.1 % se encuentran sin depresión y 82.1 % está en fase de aceptación de la enfermedad con una asociación estadísticamente significativa con un p valor < 0.005 .

En un estudio realizado por Rodríguez Moctezuma y cols.(2015) (Rodríguez, et al., 2015) quienes identificaron las cinco etapas del duelo por pérdida de la salud y midieron su asociación con el control metabólico encontraron que la etapa de depresión estaba presente con mayor tiempo de diagnóstico con una estadística significativa de > 0.05 , siendo mayor en mujeres en el 21% frente al 7% de los hombres, sin embargo, la etapa de duelo más frecuente fue también la aceptación 67%.

IX. Conclusiones

Esta investigación hace evidente la asociación entre la adherencia al tratamiento y las fases del proceso de duelo: negación, ira, depresión y aceptación; sin demostrar asociación en la fase de negociación o pacto.

X. Propuestas

En base a las actividades profesionales del Médico Familiar que incluyen las asistenciales, educativas, administrativas y de investigación, se proponen lo siguiente:

A nivel asistencial se propone identificar las fases de duelo en todo paciente con diagnóstico de diabetes, por medio de las encuestas existentes o por medio de la tribuna libre y escucha activa realizando preguntas dirigidas con el fin de determinar si este proceso está interfiriendo o puede interferir en la adherencia terapéutica, por otro lado en los pacientes que se identifique descontrol metabólico y con falta de adherencia terapéutica se debe indagar en la búsqueda de otros factores que lo estén condicionando, sin dejar a un lado la esfera psicológica y el estado emocional del paciente, como deja evidente la presente investigación en la que el proceso de duelo se relaciona de forma significativa .

Para lo que se sugiere realizar una entrevista motivacional con el paciente y su familia y por medio de ella se dará apoyo emocional, se brindaran consejos sobre el cuidado que debe tener, la alimentación que deberá llevar a cabo y el seguimiento que deberá tener debido a la enfermedad, incluyendo la terapia farmacológica, se resolverán aquellas dudas que surjan en el paciente y familia, se establecerán acuerdos y se compartirán responsabilidades que favorezcan el cuidado y la funcionalidad familiar.

A nivel educativo se sabe que la educación para la salud sigue siendo uno de los pilares básicos en el tratamiento de diferentes padecimientos, es importante desde un inicio saber cuánto sabe el paciente de su enfermedad y posterior a ello adoptar el uso de estrategias educativas, como uso de videos a los cuales puede acceder el paciente por medio de diferentes portales como YouTube, Tik Tok, Facebook, otra estrategia a emplear es la adquisición información de diferentes portales seleccionados por el médico para el paciente para promover un conocimiento significativo, esto sin descuidar de igual forma la educación en los cambios emocionales que pueden surgir por la enfermedad, la importancia de

manifestarlos y de expresar sus emociones o sentimientos por parte del paciente en primer lugar y de su familia para solicitar ayuda si es necesario en caso de que se requiera.

Por otra parte, se propone incluir al grupo Cadimss a los pacientes con diagnóstico reciente o que no presenten complicaciones, ya que este grupo tiene la finalidad de brindar conocimientos sobre adoptar estilos de vida saludable y educa al paciente a crear un apoyo constructivo y sano en su familia, por medio de un equipo multidisciplinario en medicina familiar, nutrición, trabajo social, enfermería.

Por último, se sugiere dar a conocer los resultados obtenidos de esta investigación sobre el proceso de duelo y adherencia terapéutica de la UMF 16 mediante una sesión académica en la que se brindaran medidas alternativas para manejo del duelo en pacientes portadores de DT2 para mejorar el apoyo motivacional proponiendo al jefe de enseñanza capacitar al área médica con el apoyo de tanatólogos, psicología o personal más capacitado acerca del tema de duelo por DT2 y adherencia terapéutica.

A nivel administrativo la mala adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes presenta un gran problema de salud pública, pues implica mayor gasto en salud debido a las complicaciones que conlleva la enfermedad, por lo que se propone al personal administrativo de las unidades de salud que capacite al personal operativo sobre la importancia de la detección de pacientes descontrolados, con falta de adherencia al tratamiento, y se considere el proceso de duelo como un factor asociado, lo anterior con la finalidad de identificar a pacientes que requieran apoyo por parte del equipo multidisciplinario o grupos de autoayuda para su integración y manejo adecuado, así como en el caso de que se requiera gestionar diferentes recursos se agilicen los trámites y procesos correspondientes.

Este apoyo que se pretende brindar es para evitar que el paciente continúe en su duelo por DT2 y por lo tanto prevenir complicaciones futuras que impliquen un mayor costo en su salud.

A nivel de Investigación se propone identificar la falla de la adherencia al tratamiento así como saber si tiene o no relación con el duelo por pérdida de la salud relacionado con DT2, ya que los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que existen factores psicosociales que pueden influir en la adecuada adherencia al tratamiento, por lo que se propone seguir con esta línea de investigación por medio de estudios de asociación, casos y controles donde se puedan determinar si existe relación con factores familiares.

También se plantea realizar estudios cualitativos que identifiquen las causas de que el paciente se encuentre posterior a un año de diagnóstico de DT2 en fase de Negociación sin adherencia terapéutica.

Para ello se propone que en cada paciente posterior al diagnóstico de DT2 se realice un estudio de familia, que ayude a identificar factores amenazantes para la mala adherencia, así como patrones de repetición y la tipología familiar en la que se encuentra el paciente, los cuales pueden influir en una mala adherencia terapéutica debida al duelo por pérdida de la salud.

XI. Bibliografía

- 1.-Aguilar Salinas, C. A., & Aschner, P. (2019). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en latinoamerica. *Guías ALAD de diagnostico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*, 1-7. Whashington: Organización Panamericana de la Salud.
- 2.-Alvarado, Ugarte, Chavez y Mañalich. (2018). Variables psicologicas asociadas a adherencia, cronicidad y complicaciones en diabetes mellitus tipo 2. *Revista Medica de Chile*, 1151-1158.
- 3.-Amador, Montealegre, Arteta, De Oro y Navarro. (2020). Nivel de adherencia a los tratam,ientos no farmacológicos de pacientes con diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 160-166.
- 4.-Angelucci y Rondon. (2020). Adherencia al tratamiento en diabetres tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *Médicas UIS*, 30-39.
- 5.-Aschner, P. (2019). Definición y diagnostico de la diabetes mellitus y otros problemas metabolicos asociados a la regulación alterada de la glucosa. *Guías ALAD de diagnostico , control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud.
- 6.-Aschner, P. (2019). Educación del paciente con diabetes tipo 2. *Guías ALAD de diagnóstico,control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*, 31-34. Whashington: Organización Panamericana de la Salud.
- 7.-Aschner, P. (2019). Manejo farmacologico de la Diabetes tipo 2 . *Guias ALAD de diagnostico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edicion 2019*. Washinton: Organización Panamericada de la salud.
- 8.-Aschner, P. (2019). Tratamiento no farmacologico de la diabetes tipo 2. *Guias ALAD de diagnostico , control y tratamiento de la Diabetes mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edicion 2019*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud.
- 9.-Avila y Apolinar. (2016). Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche. *Temnas de Ciencia y Tecnología*, 37-44.
- 10.-Avila Zapata, V. G., & Apolinar Moreno, G. R. (2016). Depresion y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen. *Temas de ciancia y tecnología*, 37-44.
- 11.-Barquilla Garcia, A. (Abril de 2017). Actualizacion breve en diabetes para médicos de atencion primaria . *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 19 (2):(57-65.), 57-65.
- 12.-Bello y Montoya. (2017). Adherencia al tratamiento farmacologico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 73-77.
- 13.-Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 163-176.
- 14.-Castro, Rico y Padilla. (2014). Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 : un estudio experimental. *Enfermería Clínica*, 162-167.

- 15.-Chan, M. (2016). La carga mundial de la diabetes. *Informe mundial sobre la diabetes*, p.20-31. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud .
- 16.-Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, C. d. (Ed.). (2018). Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. *Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. D.F., México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 17.-Cordero, Alba, Muñoz, Guzmán y Ramírez. (2022). Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con Diabetes Tipo 2. *Revistas Ujat*, 276-281.
- 18.-Díaz, N. (2012). Cuidados paliativos . Guías para el manejo clínico. *Duelo*, 2a, 21-25. (B. Eduardo, & D. L. Liliana, Edits.) Organización Panamericana de la Salud.
- 19.-Díaz, Vázquez y Fernández. (2016). Niveles de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 1-14.
- 20.-Domínguez y Filártiga. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 63-74.
- 21.-Escalon, Azócar, Pérez y Matus. (2015). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Su relación con calidad de vida y depresión. *Revista de Psicoterapia*, 125-138.
- 22.-Fernández, et al. (2011). Diabetes. *Guía para pacientes*. México, México D.F., México: CENAPRECE Secretaría de Salud.
- 23.-Figueroa, et al. . (s.f.). Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo. El Salvador: Fundacil, UNICEF.
- 24.-García, Grau e Infante. (2013). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 121-131.
- 25.-García, Landa, Trigueros y Gaminde. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 86-93.
- 26.-González Lucario, O. (2013). Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos. Toluca : Universidad Autónoma del Estado de México.
- 27.-Gracia, Landa, Trigueros y Gaminde. (2005). Inventario Texas Recisado de Duelo (ITDR): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 353-358.
- 28.-Grau. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, 138-166.
- 29.-Guía de Práctica Clínica. (2012). Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes Mellitus tipo 2 en Adultos en el primer nivel de atención. *Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes Mellitus tipo 2 en Adultos en el primer nivel de atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 30.-Guinot, Cuesta, Farriol y Postigo. (2019). Duelo anticipado y sentido. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 35-45.
- 31.-Kübler y Kessler. (2016). *Sobre el duelo y el dolor* (40 ed.). España: Luciernaga.

- 32.-Larrota Castillo, R., Méndez Ferreira, A., Mora Jaimes, C., Córdoba Castañeda, M., & Duque Moreno, J. (s.f.). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Salud 2020*, 179-180.
- 33.-Leiton, et al. (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes". *Salud Uninorte*, 696-704.
- 34.-León y Huarcaya. (2019). El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 86-91.
- 35.-Lozano Davila, M. E., Vargas Esquivel, G. E., Martínez Rodríguez, M., & Deyver de las Deses, C. (2017). Guía Clínica para el Médico del Primer Nivel de Atención de Adherencia Terapéutica. México: Secretaría de Salud.
- 36.-Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., & Mastroianni, p. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 70-77.
- 37.-Marcial, et al. (2019). El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 68-76.
- 38.-Mendoza, et al. (2021). Etapas de duelo y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Familiar*, 162-166.
- 39.-Moctezuma, et al. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 546-541.
- 40.-Moral y Miaja. (2015). Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento psicológico*, 7-25.
- 41.-Orozco, et al. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 406-420.
- 42.-Ovalle, et al. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Médica de México*, 30-38.
- 43.-Pagès y Valverde. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 251-258.
- 44.-Pagés y Valverde. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 163-172.
- 45.-Pangrazzi, A. (2016). La depresión en duelo. 77-78. España.
- 46.-Pascacio, Ascencio, Cruz y Guzmán. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 23-31.
- 47.-Pedroza, et al. (2017). Evaluación de la Escala EFD-66 como herramienta para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-8.
- 48.-Ramírez, Anlehu y Rodríguez. (2019). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revistas Ujat*, 383-392.
- 49.-Ramos, et al. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 89-98. Obtenido de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- 50.-Reyes, et al. (2016). Adherencia Terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 125-132.

- 51.-Rodríguez, García, Rodríguez, Batanero y Pérez. (2020). Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharmaceutical Care España*, 148-172.
- 52.-Rodríguez, et al. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS*, 546-551.
- 53.-Sabate. (2004). Diabetes. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción*, 76-85. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 54.-Seguí Díaz, M., Barrot de la Puente, J., Carramiñana Barrera, F., & Carretero Anibarro, E. (2021). Criterios diagnósticos. *Los Standards of Medical Care in Diabetes 2021, Resumen redGDPS (ADA 2021)*. Fundación redGDPS.
- 55.-Seguí, Escobar y División. (2015). Guías en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *Medicina Familiar Sumergen*, 334-342.
- 56.-Torres Jumbo, R. F., Acosta Navia, M. K., & Mabella Katherine, D. A. (2020). Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 46-57. doi:10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.46-57
- 57.-Urrzua, et al. (2015). Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 - EATDM-III. *Revista médica de Chile*, 733-743.
- 58.-Vargas y Toledo. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Atención Familiar*, 146-150.
- 59.-Vedia. (2016). Duelo patológico Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 12-34.
- 60.-Ventura, et al. (2019). El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 7(3), 68-76. Obtenido de https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/10/Art%C3%ADculo-Original_Duelo-y-diabetes.pdf
- 61.-Vidal, Morato, Galindo y Penalba. (2018). Factores asociados a la adherencia al autoanálisis de la glucemia capilar en personas con diabetes en tratamiento con insulina. Estudio dapa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 99-106.
- 62.-Villalba, Almirón y Torales. (2021). Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Medicina Clínica y Social*, 90-99.
- 63.-Villaseñor, Ruvalcaba, Chehue, Reynoso y De la O. (Julio-Septiembre de 2015). Adherencia farmacológica en pacientes con diabetes tipo 2 de los Grupos de Ayuda Mutua en una jurisdicción de los Servicios de Salud de Hidalgo. (9), 6-8. (A. Bellazetín, Ed.)
- 64.-Wang, Rong-wen y Yong-zhen. (2013). Validation of the Chinese versión of the eight-item Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Gerontología Clínica y Geriatría*, 119-122.
- 65.-Zenteno López, M., Tzontehua Tzontehua, I., Gil Londoño, E., Contreras Arroy, S., & Galicia Aguilar, R. (2016). Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 130-137.

66.-Zenteno,Carreón,Martínez,García y García. (2018). Proceso de vivir con diabetes tipo 2 de la persona y familia:Una teoría fundamentada. *Revista Electrónica de Investigación en Enfermería FESI-UNAM*, 6-17.

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



“ASOCIACIÓN ENTRE PROCESO DE DUELO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 DE MÁS DE UN AÑO DE DIAGNÓSTICO EN LA UMF 16 DE QUERÉTARO”

NSS:	Folio:
Nombre completo:	Consultorio y turno:
Edad:	Teléfono:
Sexo: 1.- Hombre 2.- Mujer	Grado de escolaridad: 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Media Superior 4.- Carrera Técnica 5.- Estudios profesionales
Estado civil: 1.- Soltero (a) 2.- Unión libre 3.- Casado (a) 4.- Viudo (a) 5.- Separado(a):	Ocupación: 1.- Hogar 2.- Obrero 3.- Empleado 4.- Comerciante 5.- Estudiante 6.- Profesionista 7.- Jubilado 8.- Desempleado
Tiempo de diagnóstico de diabetes Tipo 2: 1. de 1 a 5 años 11 meses de evolución 2. de 6 años a 9 años 11 meses 3. de 10 años y mas	

XII.2 Instrumentos

CUESTIONARIO M-B-G PARA ADHERENCIA TERAPEUTICA

Instrucciones: Marque con una X la periodicidad que considera realiza.

Cuestionario M-B-G	
1.-Toma los medicamentos en el horario establecido. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
2.- Se toma todas las dosis indicadas. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
3.-Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
4.-Asiste a las consultas de seguimiento programadas: (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
5.-Realiza los ejercicios físicos indicados. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
6.-Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
7.-Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
8.-Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
9.-Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
10.-Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
11.-Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
12.-Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico. (Nunca=0/Casi nunca=1/A veces=2/Casi siempre=3/Siempre=4)	
PUNTUACION TOTAL Buena adherencia (38-48 puntos), Adherencia parcial (18-37 puntos) y Mala adherencia (0-17 puntos).	

ESCALA DE LAS FASES DEL DUELO EFD-66

Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

F. E	Ítem	Frecuencia				
		1	2	3	4	5
1N	1.No creo que estoy enferma (o)	1	2	3	4	5
1I	2.Hago corajes por todo	1	2	3	4	5
1P	3.Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
1D	4.Me siento triste.	1	2	3	4	5
1A	5.Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
2N	6.Niego completamente que estoy enferma (o).	1	2	3	4	5
2I	7.Cualquier cosita me enoja.	1	2	3	4	5
2P	8.Busco Una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
2D	9.Lloro más de lo que solía llorar.	1	2	3	4	5
2A	10.Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
3I	11.Lloro de coraje.	1	2	3	4	5
3P	12.Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
3D	13.Siento que nadie me apoya.	1	2	3	4	5
3A	14.El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
4N	15.No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
4I	16.Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	1	2	3	4	5
4P	17.Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
4D	18.Me aísló de las demás personas.	1	2	3	4	5
4A	19.Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
5N	20.No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
5I	21.Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
5P	22.Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
5D	23.Deseo estar muerta (o).	1	2	3	4	5
5A	24.Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
6N	25.Les oculto la enfermedad a los demás.	1	2	3	4	5
6I	26.Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5

6P	27.Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
6D	28.Tengo ganas de estar todo el día acostado (o).	1	2	3	4	5
6A	29.Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
7N	30.Me engaño al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
7I	31.Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
7P	32.La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
7D	33.Siento que no hay nada por lo que luchar	1	2	3	4	5
7A	34.Acepto el hecho de tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8N	35.Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	1	2	3	4	5
8I	36.Me enojo con conmigo misma (o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8P	37.Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
8D	38.Tengo pensamientos negativos.	1	2	3	4	5
8A	39.Acepto con resignación la enfermedad.	1	2	3	4	5
9N	40.Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	1	2	3	4	5
9I	41.Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9P	42.Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
9D	43.No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
9A	44.Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
10N	45.Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
10I	46.Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
10P	47.Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones.	1	2	3	4	5
10D	48.Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1	2	3	4	5
10A	49.Siento que voy a superar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11N	50.Me siento incapaz de aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
11I	51.Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
11P	52.Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
11D	53.Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
11A	54.El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
12N	55.Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5
12I	56.Me enoja el no poder hacer mi vida normal,	1	2	3	4	5
12P	57.Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
12D	58.He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
12A	59.Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
13N	60.Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5

13A	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
14N	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
14A	63. Pienso que voy a salir pronto de esto.	1	2	3	4	5
15N	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	1	2	3	4	5
15A	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5
16N	66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	1	2	3	4	5

F.E: Factor esperado: N=Negación, I=Ira, P=Pacto, D=Depresión y A=Aceptación.

Puntos de corte:

Con Negación: a partir de 25.5 puntos

Con Ira: a partir de 20.5 puntos

Con Negociación o pacto: a partir de 48.5 puntos

Con Depresión: a partir de 21.5 puntos

Con aceptación: a partir de 65.5 puntos.

XII.3 Carta de consentimiento informado.



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

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

Nombre del estudio:	“Asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de diabetes tipo 2 de más de un año de diagnóstico en la UMF 16 de Querétaro”
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La Diabetes tipo 2 es un problema de salud, ya que puede producir desde su diagnóstico sentimientos como incredulidad ante la enfermedad, culpa, agresividad, frustración, llanto, tristeza que forman parte de un proceso de duelo por pérdida de la salud que no siempre es detectado al no tener una adecuada adherencia a su tratamiento lo cual puede generar complicaciones.</p> <p>Por lo que este estudio tiene por objetivo determinar la asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de Diabetes tipo 2 de más de un año de diagnóstico en la UMF 16 de Querétaro.</p>
Procedimientos:	<p>En caso de aceptar participar en el estudio, se le otorgará un cuestionario llamado “Escala de las fases del Duelo EFD- 66” que nos ayudara a identificar si usted presenta sentimientos como incredulidad ante la enfermedad, culpa, agresividad, frustración, llanto, tristeza como parte del proceso de duelo por la pérdida de su salud, debe marcar con un círculo la frecuencia de presentación que puede ser siempre, casi siempre, a veces, pocas veces y nunca; de acuerdo al puntaje final se identificará la etapa de duelo en la usted se encuentra, que puede ser negación, ira, negociación, depresión y aceptación.</p> <p>También se proporcionará otro cuestionario llamado M-B-G que identificará la adherencia que tiene a su tratamiento en relación a diabetes, que incluyen preguntas como: la frecuencia con la que toma sus medicamentos y otros cuidados indicados por su médico, para lo cual deberá marcar con una X la periodicidad que considere que puedes ser: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca.</p> <p>Posteriormente se realizará una evaluación preliminar para darle a conocer sus resultados y en caso de requerirlo derivarlo a los servicios correspondientes</p>
Posibles riesgos y molestias:	Las posibles molestias son las generadas por el tiempo invertido que es de aproximadamente 15 minutos, y las emociones que pueda generar el contestar las encuestas, para lo cual tenga la seguridad que en todo momento se contará con el apoyo por parte del investigador y en caso necesario será canalizado al servicio de trabajo social y/o Médico Familiar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Después de interpretar sus resultados usted tendrá conocimiento de la etapa de duelo en que se encuentra y que tanto cumple con el tratamiento para su enfermedad.

Y en caso de requerirlo será canalizado con el equipo de salud correspondiente integrado por trabajo social y médico familiar para así poder realizar intervenciones que lo ayuden a tener un mejor apego en su tratamiento y prevenir complicaciones a corto o largo plazo.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Dependiendo de la fase de duelo en la que se encuentre, si ha aceptado la enfermedad y cumple con su tratamiento se le invitara a seguir sus cuidados, en el caso de encontrándose en alguna etapa diferente y sin cumplimiento a su tratamiento se le indicara la necesidad de dar seguimiento para ayudarlo en su proceso de aceptación y lograr en lo posible mejor apego a su tratamiento y evitar las complicaciones relacionadas a diabetes.

Participación o retiro: Podrá negarse a participar o retirarse en el momento que lo decida sin que ello afecte en su atención médica en la unidad de medicina familiar.

Privacidad y confidencialidad: Los datos de los participantes y sus resultados serán protegidos y resguardados, de tal manera que solo pueden ser identificados por el investigador durante el proceso de estudio

Declaración de consentimiento:

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

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Patricia Flores Bautista. Adscripción: UMF 16 Matrícula 99225723, cel.4421779211
Dra. Erika Aracely Mata Tomas. Adscripción: UMF 02 Matrícula: 992258192 cel. 4421457122
Colaboradores: Dra. María Emelia Vázquez Díaz Residente de la UMF 16 Matrícula 96153953 cel. 5586955305

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

XII.4 Dictamen de Aprobado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Miércoles, 10 de noviembre de 2021

M.E. Patricia Flores Bautista

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**ASOCIACIÓN ENTRE PROCESO DE DUELO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 DE MÁS DE UN AÑO DE DIAGNÓSTICO**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-2201-071

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

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprima

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

XII.5 Antiplagio



GOBIERNO DE
MÉXICO



DELEGACIÓN QUERÉTARO
Unidad De Medicina Familiar N° 16
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud

Querétaro, Qro., a 5 de abril del 2023.

Carta compromiso anti - plagio

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de la División de Investigación y Posgrado
FMUAQ
Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe María Emelia Vázquez Díaz, alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 302663, manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: "Asociación entre proceso de duelo y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de Diabetes Tipo 2 de más de un año de diagnóstico", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 16% según el programa "plagiarism Checker", disponible en <https://plagiarismdetector.net>

Nombre y firma del alumna

Atentamente:

Nombre y firma del director/a de tesis
Vo. Bo.

Ricardo
2022 Flores
Año de Magón
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA