

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN
CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE
SALUD, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
M.C. y H. VALENTE SILES RAMÍREZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**CODIRECTOR:
Dr. en C.S. LUIS GABRIEL MONTES DE OCA LEMUS**

**REVISORES DE TESIS:
E.S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
Mtro. en C.C. GUILLERMO GARCÍA LAMBERT
M.S.P. MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ
Dra. en C. Ed. MARGARITA MARINA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2021.

“LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

ÍNDICE

Cap.	Pág.
PRÓLOGO	
RESUMEN	
SUMMARY	
AGRADECIMIENTOS	
I. MARCO TEÓRICO.....	1
I.1. Resiliencia.....	1
I.1.1. Concepto de resiliencia	1
I.1.2. Relación con otros conceptos	4
I.1.3. Características de la resiliencia.....	6
I.1.4. Pilares de la resiliencia	7
I.1.5. Desarrollo y potenciación de la resiliencia	11
I.2. Duelo	12
I.2.1. Concepto de duelo	13
I.2.2. Proceso del duelo (etapas).....	15
I.2.3. Tipos de duelo.....	20
I.2.4. Afrontamiento	24
I.3. Pérdida de salud.....	22
I.4. Diabetes Mellitus tipo 2	24
I.4.1. Proceso de enfermedad.....	25
I.4.2. Vigilancia y control en unidad de salud	30
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
II.1. Argumentación	37
II.2. Pregunta de investigación	38
III. JUSTIFICACIONES	39
III.1. Académica.....	39
III.2. Científica	39
III.3. Económica	39
IV. HIPÓTESIS.....	40
IV.1. Hipótesis alterna.....	40
IV.2. Hipótesis nula	40
V. OBJETIVOS	41
V.1. Objetivo general.....	41
V.2. Objetivos específicos.....	41
VI. MÉTODO	43
VI.1. Tipo de estudio	43
VI.2. Diseño de estudio	43
VI.3. Operacionalización de variables	43
VI.4. Universo de trabajo	52
VI.4.1. Criterios de inclusión	52
VI.4.2. Criterios de exclusión	52
VI.4.3. Criterios de eliminación.....	53
VI.5. Instrumentos de investigación	53
VI.5.1. Descripción	53

VI.5.2. Validación	54
VI.5.3. Aplicación.....	55
VI.6. Límite de tiempo y espacio	55
VI.7. Método.....	56
VI.8. Diseño estadístico	56
VII. ORGANIZACIÓN	57
VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS	58
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	59
X. CUADROS Y GRÁFICOS	64
XI. CONCLUSIONES.....	103
XII. RECOMENDACIONES.....	106
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	108
XIV. ANEXOS.....	111

PRÓLOGO

La resiliencia es un tema aparentemente estudiado en diversos estados mórbidos, como el cáncer, diabetes mellitus tipo 2, depresión, estrés, calidad de vida, adherencia terapéutica, sin embargo, asociado al proceso de duelo ante la pérdida de salud, es un tema poco estudiado.

La concepción del duelo, en el ámbito sanitario como un proceso que interviene de forma directa en el tratamiento integral del padecimiento y en particular, en la aceptación de la enfermedad por parte del propio paciente; con la finalidad de facilitar la terapéutica en general, son temas poco estudiados; pues el duelo en sí se concibe en su mayoría de las ocasiones en la pérdida de seres queridos o en la pérdida de relaciones afectivas; pero concebir al duelo como un proceso que deba vivirse y a su vez, dirigir al paciente en ese proceso por parte de los profesionales de salud, es una oportunidad adicional de atención en salud.

Salud mental, un área poco intervenida por parte de profesionales diferentes a psicólogos o psiquiatras, que sin duda toma interés y prioridad al intervenir desde la esfera emocional, como nueva herramienta para reforzar en las habilidades cognitivas individuales resultantes en la resiliencia; manifestación de esfuerzo individual por el bienestar personal, que lo podemos definir como autocuidado, un cambio de conducta esperado en todo paciente con enfermedad crónica degenerativa, en este estudio se centra en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Por lo que el presente trabajo tuvo por objetivo, analizar la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, así como la asociación estadística entre ambas variables, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo.

Atentamente

M.C. y H. Valente Siles Ramírez

RESUMEN

Introducción: Resiliencia, capacidad de un ecosistema u organismo para regresar a la estabilidad al sufrir una alteración. El duelo es un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de un ser querido, de la salud. **Objetivo:** Analizar la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, la asociación estadística entre ambas variables, de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo en 2019. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal, analítico y observacional; se aplicaron los instrumentos: Cuestionario de Resiliencia González Arratia 2011, Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud RPD-PS-38. **Resultados:** n= 200 (135 mujeres, 65 hombres), se utilizó Chi cuadrada (χ^2), nivel de confianza del 95%, para evaluar la asociación entre la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud; con resultado de Chi cuadrada (χ^2) 0.509, $p= 0.775$, no tuvo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Predomina la resiliencia moderada con un 75.0%, del duelo ante la pérdida de salud, predomina la actitud positiva a la enfermedad con un 81.5%. **Conclusiones:** Las habilidades individuales de cada persona, su concepción de cuidado, la creencia en un ser supremo y el grado de responsabilidad en las propias decisiones, favorece la aceptación del duelo ante la pérdida de salud y una resiliencia moderada y alta.

Palabras clave: Resiliencia, Duelo, Pérdida de salud.

SUMMARY

Introduction: Resilience is the ability of an ecosystem or organism to return to stability when suffering an alteration. Grief is a state of normal emotional adaptation to the loss of a loved one or one's health. **Objective:** To analyze the statistical association between resilience and grief in the face of health loss in patients with type 2 diabetes mellitus, treated at the Centro de Salud Urbano Tenancingo in 2019.

Material and methods: Prospective, cross-sectional, analytical and observational study; the instruments: Cuestionario de Resiliencia González Arratia 2011, Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud RPD-PS-38 were applied. **Results:** $n = 200$ (135 women, 65 men), Chi square (χ^2) and a 95% confidence level were used to determine the association between resilience and grief in the face of loss of health; $\chi^2 = 0.509$, $p = 0.775$, no statistically significant association between both variables was found. Moderate resilience predominates with 75.0%; from grief to loss of health, the positive attitude towards illness predominates with 81.5%. **Conclusion:** individual abilities of each person, their conception of care, the belief in a supreme being and the degree of responsibility in their own decisions, all favor the acceptance of grief in the face of loss of health and a moderate to high resilience.

Keywords: Resilience, Grief, Loss of health.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Resiliencia

Resiliencia, término que en la actualidad está presente cada vez más en todos los ámbitos de vida de una persona, una familia, una sociedad; sin embargo, se requiere aplicarla en el proceso salud – enfermedad para brindar una perspectiva social al éxito terapéutico o bien el autocontrol y envejecimiento exitoso.

I.1.1. Concepto de resiliencia

El término resiliencia procede del latín, de resilio (re salio), que significa volver a saltar, rebotar, reanimarse. Se utiliza el término en la ingeniería civil y en la metalurgia, para calcular la capacidad de ciertos materiales para recuperarse o volver a su posición original cuando han soportado ciertas cargas o impactos.(1)

El término resiliencia también se considera como una castellanización de la palabra inglesa resilience o resiliency. Se trata de un término originalmente utilizado en la termodinámica, que se refiere a la “capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado”, o bien, ya dentro del campo de las ciencias biológicas es “la capacidad de un ecosistema u organismo para regresar a la estabilidad al sufrir una alteración”.(2)

Werner y Smith (1982) partiendo de la hipótesis de que los niños que viven en situaciones desfavorables tendrán más probabilidades de padecer problemas de aprendizaje, delincuencia, consumo de drogas, problemas de adaptación y padecer enfermedades, tanto físicas como mentales.(3)

El término fue incorporado en las ciencias sociales a partir de los años 60 y caracteriza la capacidad que tienen las personas para desarrollarse psicológicamente sanos y exitosos a pesa de vivir en contextos de alto riesgo, como

entornos de pobreza y familias multiproblemáticas, situaciones de estrés prolongado, centros de internamiento, etc. (2)

Se refiere tanto a los individuos en particular como a los grupos familiares o colectivos que son capaces de minimizar y sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades y los contextos desfavorecidos y deprivados socioculturalmente, de recuperarse tras haber sufrido experiencias notablemente traumáticas, en especial guerras civiles, campos de concentración.(1)

La resiliencia es manejada desde el ámbito de la salud como una capacidad para resistir o recuperarse plenamente de situaciones traumáticas, privación extrema, amenazas graves o estrés elevado; hay controversia en su estudio debido a que son diversos factores los implicados, tanto así que su estudio se extiende hoy día a disciplinas tan diversas como la medicina, la psicología, la educación, el trabajo social o la epidemiología.(4)

La resiliencia como característica de un sujeto debe ser siempre relativizada y entendida dentro de un conjunto amplio de factores y variables que interactúan de manera constante con todos los elementos personales como los físicos, biológicos, psicológicos, sociales y del entorno que conforman el “todo” de cada individuo. (5)

Por eso actualmente el concepto de resiliencia y la psicología positiva han confluído y están aportando una visión más completa y optimista del desarrollo humano, destacando las fortalezas que favorecen el bienestar y la búsqueda de la felicidad(1) de cada individuo.

La resiliencia en tanto cualidad de la personalidad, es la capacidad de los individuos, grupos o colectivos para afrontar diferentes tipos de adversidades y haciendo uso de recursos personales y sociales, asumir acciones resueltas para lograr éxitos, auto o socio-realización y transformar dicha realidad.

Cabe destacar dos generaciones de investigadores en los estudios sobre resiliencia. La primera es de la década de 1970. Estos investigadores se preocupaban de identificar los factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de los niños. Para ellos, la resiliencia era considerada como un rasgo de personalidad. En la segunda generación de investigadores (década de 1990), se agrega la dinámica de los factores individuales, familiares y sociales, de modo que la resiliencia pasa a ser entendida como un proceso (Luthar).(6)

La resiliencia está formada por tres componentes esenciales:

- 1) la capacidad para afrontar
- 2) la capacidad de continuar desarrollándose
- 3) la capacidad de aumentar las competencias (Rutter, 1999 y 2012).

Últimamente se ha hecho referencia a la resiliencia como un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de la adversidad (Luthar et al., 2000); es un concepto interactivo que se refiere a la combinación de eventos adversos y un resultado psicológico positivo frente a estas experiencias (Rutter, 1999 y 2006; Yunes, 2003).(7)

Se pone de manifiesto que hay una serie de constructos que a veces se han usado como equivalentes a la resiliencia.

En unos casos son elementos centrales de la misma y en otros casos se ha sugerido la sustitución de la resiliencia por los mismos (Becoña, 2006). En verdad, la resiliencia no es un nuevo constructo para decir lo mismo que algunos constructos existentes, sino que el concepto de resiliencia es novedoso en la explicación y predicción de los aspectos psicológicos centrándose en los factores de protección y los de riesgo (Rutter, 2006). (6)

I.1.2. Relación con otros conceptos

El afrontamiento comprende la tendencia a enfrentar los problemas y la búsqueda de apoyos necesarios en caso de requerirse. La actitud positiva abarca el enfoque positivo de la vida, la búsqueda de personas positivas, la disposición para el aprendizaje ante los problemas y el tratar de ser feliz a pesar de las contrariedades que se enfrentan cotidianamente.

El sentido del humor es la disposición a sonreír, incluso ante los problemas o situaciones difíciles.

La empatía se define como el entender y compartir los estados emocionales o los contextos de las demás personas [...] implica la tendencia del individuo.

La flexibilidad incluye la aceptación de los problemas como parte normal de la vida y la posibilidad de adaptarse a las pérdidas mediante un enfoque positivo hacia las cosas...

La perseverancia se entiende como la persistencia del esfuerzo para lograr metas a pesar de las dificultades y la habilidad para reajustarlas...

La religiosidad es la tendencia a conceptualizar los problemas que se enfrentan de acuerdo a las creencias religiosas que se tengan.

La autoeficacia consiste en las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados.

El optimismo es la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en su vida.

La orientación hacia la meta consiste en tener metas y aspiraciones de la vida y hacer lo necesario para lograrlas. (6)

Entre los constructos mediadores de la resiliencia destaca la competencia, que se diferencia de la misma en que ésta se centra sólo en el ajuste positivo, mientras que la resiliencia se centra en los ajustes positivos y negativos; por otro lado, la competencia habitualmente implica conductas manifiestas, observables, mientras que la resiliencia es un concepto más amplio que los aspectos inherentes a la competencia (Luthar, Sawyer y Brown, 2006). (7)

Otro constructo es el afrontamiento, que es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el individuo para afrontar las demandas internas y externas (Lazarus y Folkman, 1984); se ha identificado que personas que utilizan estrategias de afrontamiento pueden ser consideradas resilientes (Antoniazzi, Dell'Aglio y Bandeira, 1998; Becoña, 2006). (7)

Otro constructo que está asociado a la resiliencia es la autoeficacia, pues superar las adversidades significa una experiencia que altera las creencias de autoeficacia para ejercer autocontrol en la vida (Bandura, 2008). (7)

Algunas críticas se han formulado en cuanto a la naturaleza multidimensional de la resiliencia, en el sentido de que es un concepto que no añade nada a la expresión más general de ajuste positivo y que el enfoque en la resiliencia no agregaría nada a la teoría del desarrollo (Tarter y Vanyukov, 1999).(7)

Otra crítica es que gran parte de los estudios realizados con este constructo han utilizado bases teóricas y metodológicas diversas con poco reconocimiento conceptual de los factores de protección y de riesgo que conforman la resiliencia (Luthar, et al., 2000).(7)

I.1.3. Características de la resiliencia

De acuerdo con P.J. Mrazek y D. Mrazek (1987) existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes:

- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.
- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.(8)

De acuerdo con Kalawski (2003), los autores que han trabajado sobre el tema de la resiliencia no han logrado establecer un consenso sobre una definición común de resiliencia. Si bien para algunos autores como Masten, Best y Garmezy (1991), la resiliencia se refiere al proceso de, capacidad para o resultado de una adaptación

exitosa a pesar de las circunstancias desafiante o amenazantes; para otros autores como Suárez (1996), la resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, es decir, le permite contender con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles, sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.(2)

De acuerdo con Vanistendael (1997), existen cinco dimensiones de la resiliencia:

- ✓ Existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado; tiene en general una buena relación con los adultos.
- ✓ Sentido de vida, trascendencia: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.
- ✓ Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.
- ✓ Presencia de aptitudes y destrezas: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas.
- ✓ Sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias. (6)

I.1.4. Pilares de la resiliencia

El primer círculo de la resiliencia se centra en la infancia o niñez; el segundo, en la adolescencia y el tercero, en la adultez. Estos autores desarrollan la noción de características resilientes como: introspección, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, ideología personal y sentido del humor.(9)

Introspección

Entendida como la capacidad de examinarse internamente, plantearse, y darse respuestas honestas.

Durante la niñez, la introspección se manifestará como la capacidad de intuir que alguien o algo no están bien en su familia, los niños resilientes son capaces de contrarrestar la reflexión distorsionada de la familia, situar el problema donde corresponde, reduciendo la ansiedad y la culpa.

Durante la adolescencia, la introspección corresponde a la capacidad de conocer, de saber lo que pasa a su alrededor y es fundamental para comprender las situaciones y adaptarse a ellas.

En la adultez, la introspección se manifiesta como la sabiduría, la comprensión de sí mismo y de otras personas, con aceptación de las dificultades, sin culpar a los demás.

Independencia

Se refiere a la capacidad de establecer límites entre uno mismo y ambientes adversos.

En la niñez, esta capacidad se expresa manteniéndose alejado de las situaciones conflictivas. En la adolescencia, la independencia se manifiesta en conductas como no involucrarse en situaciones conflictivas.

En la adultez, esta capacidad se expresa en la aptitud para vivir en forma autónoma y de tomar decisiones por sí mismo.

Capacidad de interacción

Se refiere a la capacidad de establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.

En los niños, se expresa como una facilidad para conectarse, ser querido o adorado. En los adolescentes, se manifiesta en la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo.

En los adultos, esta capacidad se manifiesta en la valoración hacia las relaciones interpersonales, la intimidad y los rituales.

Capacidad de iniciativa

Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

En los niños esto se refleja en las conductas de exploración y actividades constructivas.

En la adolescencia, aparece la inclinación al estudio, práctica de deportes y actividades extraescolares como obvias y trabajos voluntarios.

En los adultos, se habla de generatividad, que alude a la participación de proyectos comunitarios, sentimientos de autorrealización, capacidad de liderazgo y enfrentamiento a desafíos.

Creatividad

Corresponde a la capacidad de imponer orden, belleza y un propósito a las situaciones de dificultad o caos.

Durante la niñez, esa capacidad se expresa en la creación y los juegos que permiten revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

En la adolescencia, se refleja un desarrollo de habilidades artísticas como escribir, pintar, bailar, producir artes. Los adultos creativos son aquellos capaces de componer y reconstruir.

Ideología personal

También se entiende como conciencia moral. En los niños, esto se manifiesta en que son capaces de hacer juicios morales desde muy temprana edad, de discriminar entre lo bueno y lo malo.

En la adolescencia, se caracteriza por el desarrollo de valores propios y establecer juicios en forma independiente de los padres. Además, se desarrolla el sentido de la lealtad y la compasión.

En la adultez, se manifiesta como la capacidad de servicio y de entrega hacia los demás.

Sentido del humor

Se refiere a la disposición del espíritu a la alegría, permite alejarse del foco de tensión, relativizar, positivar, elaborar de un modo lúdico, encontrar lo cómico entre la tragedia:

- ❖ En la niñez, se desarrolla a través del juego.
- ❖ En la adolescencia, se desarrolla por su capacidad de reír, de moldearse y de jugar.
- ❖ En el adulto, reconoce el aspecto divertido, alegre y juega.

Resumiendo lo anterior una persona con características resilientes es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de sí mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar(10).

I.1.5. Desarrollo y potenciación de la resiliencia







Para que una persona opere protegida en un entorno hostil, según Saavedra (2005), intervienen factores protectores en diversas áreas del desarrollo tales como:

Factores personales: Nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.

Factores cognitivos y afectivos: Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.

Factores psicosociales: Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares. (6)

Así mismo Wolin y Wolin (1999) mencionan que las personas resilientes presentan una serie de factores internos que actúan como protectores, a saber:

-  Presta servicio a los otros o a una causa.
-  Emplea estrategias de convivencia, es asertivo, controla sus impulsos.
-  Es sociable.
-  Tiene sentido del humor.
-  Tiene un fuerte control interno frente a los problemas.
-  Manifiesta autonomía.

- ✍ Ve positivamente el futuro.
- ✍ Es flexible.
- ✍ Tiene capacidad para aprender y conectar los aprendizajes.
- ✍ Capacidad para auto motivarse.
- ✍ Percibe competencias personales.
- ✍ Hay confianza en sí mismo.

Las personas resilientes poseen tres características principales:

- ➡ saben aceptar la realidad tal y como es
- ➡ tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido
- ➡ tienen una inquebrantable capacidad para mejorar(10).

Por lo tanto la resiliencia se describe como una composición factorial de tres dimensiones:

1. Factor protector interno: Relacionado con las funciones y habilidades para la solución de problemas individuales.
2. Factor protector externo: se refieren al apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo.
3. Empatía: se refiere a comportamiento altruista y prosocial.

I.2. Duelo

Los pacientes con diabetes, entre ellas se encuentran las relacionadas con la enfermedad, los esquemas de tratamiento, la adherencia a estos, los estilos de vida, los factores personales, familiares y de competencias en autocuidado. Todas estas situaciones significan un proceso de cambio y una aceptación de pérdidas, de cambios y que en este tipo de pacientes son irreversibles.

I.2.1. Concepto de duelo

Duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución.

Se tiende a pensar en el duelo sólo en el contexto de la muerte de un ser querido, pero también suele producirse como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros. En todo tipo de situaciones vitales existe un grado de aflicción y duelo; incluso, cambios tan corrientes como mudarse a otra casa o trasladarse a una nueva región pueden implicar la sensación de pesar por la pérdida del contexto en el que siempre hemos vivido y, a veces, del estrecho contacto con los amigos.

Entre los diferentes procesos de duelo que tienen que enfrentarse, el más doloroso se refiere a la finitud de nuestra vida y la de los seres queridos. A medida que transcurre la vida tenemos un contacto más directo y más frecuente con la muerte, cada vez más cercana. Cuando mueren familiares y amigos, sobre todo si son aproximadamente de nuestra edad, su pérdida nos enfrenta a nuestra propia realidad y futuro inexorable.

No toda muerte entraña, ipso facto, un duelo; para ello es preciso que la persona objeto de la pérdida tenga importancia y significado para el o los que le pierden, y que unos y otros tengan lazos de unión estrechos.

Lo esencial del duelo es el cariño (apego) y la pérdida. La muerte imprime al duelo un carácter particular en razón de su radicalidad, de su irreversibilidad, de su

universalidad y de su implacabilidad. Una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro; la muerte, jamás de ahí que nos referiremos al proceso de duelo ante la muerte sin desestimar que otras pérdidas pueden desencadenar respuestas intensas e impredecibles, pero la muerte de un ser querido es la forma paradigmática de pérdida(11).

Duelo es un proceso dinámico y personal, definido por Soler y Jordá como los pensamientos, sentimientos (incluidos los síntomas físicos y emocionales) y acciones consecuentes a la anticipación o pérdida de alguna persona o cosa amada. Se distingue por el intenso dolor emocional que conlleva la separación y el desapego, y se compone de distintas fases, descritas inicialmente por Elizabeth Kubler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, durante las cuales el doliente debe encargarse de las situaciones y emociones que experimenta para reestructurarse, recobrar el equilibrio y dar nuevamente sentido a su vida.

Según Freud, se cataloga como una reacción natural frente a la pérdida; sin embargo, al inicio no se diagnostica como enfermedad. En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente conforme transcurre el tiempo y la persona utiliza los recursos psicológicos para adaptarse a vivir sin lo perdido. No obstante, existen casos en que las reacciones iniciales se acentúan y prolongan por algunos años, que resultan autolimitadores para quien lo padece, y desencadenan alteraciones físicas o mentales de gran relevancia que pueden aumentar la probabilidad de morbilidad y mortalidad en determinados tipos de poblaciones.

John Bowlby confirmó este fenómeno cuando indicó: “La experiencia clínica y la interpretación de la evidencia dejan pocas dudas respecto a la verdad de la primera proposición: que muchas de las enfermedades psiquiátricas son la expresión de un duelo patológico, o que dichas enfermedades incluyen, en muchos casos, estados de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un trastorno de personalidad”.(12)

El duelo es un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación, de la salud, etcétera. Se trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos.

Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades. Este proceso se relaciona con la aparición de problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada o crisis de angustia, mismos que pueden incrementar el abuso de alcohol y fármacos. Entre un 10 a un 34 % desarrollan un duelo patológico que aumenta el riesgo de muerte por eventos cardíacos y suicidio.(13)

I.2.2. Proceso del duelo (etapas)

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes fases:

El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardíaco, náuseas o temblor.

La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa

siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido.

Existe una depresión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y que va a durar desde meses hasta años (en el caso de complicaciones en la elaboración del duelo). El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos.

El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo del estado depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.

Etapa final: es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos.

Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.(11)

El modelo de Kübler-Ross propone que las personas que se encuentran próximas a la muerte progresan a través de cinco fases para afrontar esta situación: negación, ira, negociación-pacto, depresión y aceptación, que estas cinco fases duran

diferentes periodos de tiempo; y que se reemplazan unas a otras o coexisten a la vez.(14). Las cuales son:

Negación

En esta primera etapa, la persona recibe la noticia de la pérdida; la primera reacción es de negar “No, no puede ser cierto”, pues la persona quisiera permanecer en un mundo donde lo que pasó, nunca pasó, es desear que lo que está ocurriendo no sea verdad, es desear que sea una pesadilla. Generalmente, esta negación se utiliza como un mecanismo de defensa que entra en acción frente a la angustia, para dar tiempo a que la persona pase a las acciones, pues la noticia deja paralizado al afectado y le cuesta aceptar la realidad, la niega, lo cual en primera instancia protege del ataque percibido. La autora lo define como una defensa provisional.

Enojo o ira

Al llegar a la comprensión de que la pérdida es real, los sentimientos que embargan al doliente son de ira, rabia y resentimiento, es una manera en que el dolor se disfraza. Aquí existe la pregunta constante en la mente ¿Por qué yo?, ¿Por qué a mí? El enojo se desborda a una persona específica, hacia todos o hacia la persona ahora ausente.

El culpar a otros es común y sirve como un canalizador del dolor temporal, pero también se da el caso de culparse a sí mismo, es decir que en esta etapa la persona busca en quien desquitarse, a quien culpar, y puede ir moviendo su enojo como pieza de ajedrez, de una persona a otra.

Negociación o pacto

Si no se ha sido capaz de afrontar la triste realidad en la primera etapa, no se ha enojado con la gente y con Dios en la segunda, tal vez pueda llegar a una especie

de acuerdo que posponga lo inevitable (Kübler-Ross, 2006, p.111), en esta etapa la persona sólo intenta aplazar la aceptación de lo que está viviendo, a través de hacer acuerdos con ellas misma, con Dios o con alguien más, sólo se puede ver que la persona no quiere darse cuenta de la que está pasando y no permite dejar salir sus sentimientos de enojo o culpa, es decir que esta etapa representa un intento por posponer por tiempo indefinido la realidad de la pérdida. Antes de la pérdida se realizan pactos para que tal evento no suceda y posteriormente a dicho evento se encaminará a disminuir el dolor.

Cuando la persona se encuentra en esta etapa, sólo está dando tiempo para llegar a aceptar que lo que ocurrió, es un hecho irreversible.

Depresión

El doliente se da cuenta de lo inevitable de la pérdida, si la ira no fue externalizada lo más probable es que el periodo de tristeza sea más profundo y de mayor dolor. Es una etapa de desesperanza, de una verdadera y profunda tristeza, donde la persona se da cuenta que la vida no volverá a ser como antes y tampoco sabe cómo será de ahora en adelante. Kübler-Ross (2006) dice: “si se le permite expresar su dolor, encontrara mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste...generalmente este tipo de depresión es silenciosa, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales”, lo que la autora quiere decir, es que es importante que las personas cercanas que se encuentran con la persona que está en duelo sean empática con ella, que no la juzguen por lo que está sintiendo y que la escuchen sin minimizar lo que ella les está compartiendo, pues ella necesita hablar sobre lo que está viviendo.

Esta etapa puede verse como el momento en el que se expresa más libremente el dolor por la pérdida tenida, sea pérdida real o simbólica. Se dice que es la etapa de mayor duración.

Aceptación

Sólo es posible si ya se han superado las cuatro etapas anteriores, es un estado donde el dolor ha cesado. Puede llegar a un estado de aceptación con paz y dignidad. Llegar a esta etapa no quiere decir que al doliente le gusta esta nueva realidad, simplemente acepto que su vida cambio y que no hay vuelta de hoja. Kübler-Ross (2006) menciona al respecto “no hay que confundir y creer que la aceptación es una fase feliz; está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminando, y llegara el momento del descanso”, llegar a la aceptación no quiere decir que ya no va a doler, significa que hay que aprender a vivir, aún con el dolor. Alcanzar esta etapa requiere de mucho tiempo y trabajo, se habrá tenido que recorrer un sin número de veces este proceso y no necesariamente vivir en orden las etapas. (15)

Por otro lado, encontramos que Bowlby (2004) quien describe cuatro fases en el proceso de duelo:

La fase de embotamiento de la sensibilidad: La fase puede ubicarse en el momento inicial de la toma de contacto con la situación. Lo característico de esta fase se relaciona con la emergencia de sensaciones, emociones y sentimientos que se entremezclan e imposibilitan la claridad de un pensamiento reflexivo. En esta fase se puede observar reacciones de desconexión con la situación.

La fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: Aparece cuando hay esbozos de percepción de la realidad donde predomina una actitud ambigua y ambivalente, se oscila entre la aceptación de la realidad y la negación de la misma. Es posible observar que la familia pone en duda el diagnóstico intentando desmentir lo que se le ha informado. Se manifiestan reacciones de búsquedas irracionales de información.

La fase de la desesperanza y la desorganización: Se manifiesta luego de que la realidad impone su pesada carga y la verdad del diagnóstico se presentan como irreversible. Ya no es posible “pelear” contra lo que se presenta como irreversible. En esta fase aumenta la tristeza e invade un fuerte sentimiento de impotencia y desesperanza.

La fase de reorganización: Esta fase acontece cuando se ha producido una asunción y aceptación del diagnóstico. Se caracteriza por una atenuación gradual de las intensas reacciones emocionales que distinguieron las etapas previas. Es un momento en el cual se llega a un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de la pérdida. (16)

El conocimiento de las etapas no va hacer que el dolor desaparezca, ni lo va a disminuir, pero conociéndolas ayudara a manejarlo; por que tengamos conocimiento de ellas o no, se vive cada una de ellas en todo el proceso.

I.2.3. Tipos de duelo

Duelo patológico:

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado.

En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”. Como sea que se llame, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución.

Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.

Duelo anticipado:

El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear.

A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida.

Preduelo

Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.

Duelo inhibido o negado

Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.

Duelo crónico

Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. Cobo Medina dice que existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia. (11)

I.2.4. Afrontamiento

El afrontamiento de acuerdo a Lazarus y Folkman se entiende como los esfuerzos cognitivos que realizan los seres humanos para salir adelante de una situación inesperada, como lo es la pérdida de un ser querido, parte del cuerpo, trabajo, entre otras; que traen como consecuencia un malestar o específicamente se genera un duelo, que de no ser atendido evoluciona a complicado.(17)

El modelo de dos factores independientes del presente estudio se asemeja al modelo de dos factores de emociones propuesto por Watson: emociones positivas (alegría, optimismo, confianza) y emociones negativas (ansiedad, tristeza, ira), así como al modelo de dos estilos de afrontamiento: activo, constructivo o centrado en el problema (reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, solución de problemas) y estilo pasivo, negativo o centrado en la emoción (evitación, auto focalización negativa, irritabilidad).(14)

I.3. Pérdida de la salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La estructura de pérdidas puede ser definida como el conjunto de objetos significativos (susceptibles de ser agrupados en diferentes clases de pérdidas), percibidos bajo amenaza de ser perdidos, efectivamente perdidos, o cuya

pertenencia es insegura o ambigua (concebibles como tipos de pérdidas), en una etapa determinada de la vida, y cuya influencia continúa definiendo cogniciones, afectos y conductas ante ella; la importancia diferencial de la pérdida ambigua, en la cual el sujeto no alcanza a precisar si ha perdido o no al objeto, obstaculizando el proceso de duelo y prolongando la angustia derivada de la amenaza de pérdida.

Cuando las pérdidas son sucesivas y representan una serie de fracasos, y el sujeto no cree poder contar con recursos suficientes para afrontar el hecho, puede ocurrir el surgimiento de sentimientos de desesperanza, es decir, la ausencia de respuesta ante un futuro donde la ocurrencia de lo deseable es percibida como improbable.

Cuando las pérdidas atañen a las fuentes proveedoras de afecto, pueden surgir sentimientos de soledad. Ahora bien, las pérdidas provocan separaciones, y estas separaciones podrán también asociarse a sentimientos de soledad y desamparo. Por otro lado, cuando la pérdida se presenta como amenaza, y no como un hecho consumado, surge entonces la ansiedad, en el caso del adulto mayor, puede tomar la forma de ansiedad ante la vejez y/o ansiedad ante la muerte. Igualmente se pueden presentar sentimientos de depresión, desesperanza, soledad, ansiedad, ansiedad ante la muerte o ante el envejecimiento, etc. Estados que suponen cierto grado de aflicción psicológica (dolor afectivo).

Cuando sentimientos de indefensión, producto del fracaso en el afrontamiento del estrés, y cierta vulnerabilidad física se combinan con ansiedad y depresión pueden surgir padecimientos psicosomáticos.

La enfermedad percibida se refiere a la percepción que un sujeto tiene con respecto a su propia salud. Se ha destacado que ante situaciones de estrés la percepción de los síntomas físicos puede alterarse. Por ejemplo, las pérdidas o los cambios en la existencia que requieren de ajustes de vida permanentes, han sido destacados como factores capaces de ocasionar enfermedad, una menor resistencia y un incremento de la susceptibilidad a la misma.(12)

I.4. Diabetes Mellitus tipo 2

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.(18)

La diabetes se define como una enfermedad crónico-degenerativa, ocasionada por diversos factores, y entre sus diferentes tipos se toman en cuenta factores como la predisposición hereditaria, los factores ambientales y de estilos de vida, así como que se caracteriza por hiperglucemia crónica (altos niveles de azúcar en sangre por periodos prolongados) debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas. (19)

Por crónico degenerativa se entiende que la diabetes es una enfermedad que no es curable que, si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna, adecuada, integral y se mantiene un buen control de la misma, puede afectar a los demás órganos y altera las funciones metabólicas normales del organismo, ocasionando un deterioro anormal o prematuro. Esto ocasiona una serie de complicaciones de gran costo e impacto en la salud de la persona, así como discapacidad o muerte.(19)

La diabetes tipo 2 (también llamada no insulino dependiente), se debe a una utilización ineficaz de la insulina en el organismo. Esta representa 90 % de los casos mundiales y se debe, en gran medida, a un peso corporal excesivo, los hábitos de alimentación inadecuados y a la inactividad física.(19)

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. En este sentido, la detección de factores de riesgo y de la prediabetes, especialmente en el primer nivel de contacto dentro del sistema de salud, debe ser una prioridad en materia de prevención y detección oportuna.(19)

I.4.1. Proceso de enfermedad

La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia del déficit en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. Los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, las cuales sintetizan y liberan hormonas como insulina, glucagón, somatostatina y el polipéptido pancreático, respectivamente. Durante la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla. (20)

La liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del cuerpo como respuesta; su liberación es inducida principalmente en respuesta al incremento de glucemia, pero al mismo tiempo es regulada por diversas sustancias (nutrimentos, hormonas gastrointestinales, hormonas pancreáticas, neurotransmisores del sistema nervioso autónomo, entre otras). La glucosa, los aminoácidos, los ácidos grasos y los cuerpos cetónicos favorecen la secreción de insulina, al igual que la activación del receptor β 2-adrenérgico y la estimulación del nervio vago, mientras que los receptores β 2-adrenérgicos inhiben la liberación de insulina.

La despolarización de la célula β provoca la liberación de insulina; el proceso inicia con el aumento de la concentración plasmática de carbohidratos: la fructosa y la glucosa ingresan en la célula β a través del transporte facilitado mediado por el transportador de glucosa 2 (GLUT2). El GLUT2 es un transportador de glucosa con baja afinidad, se expresa en el hígado, riñón, células β del páncreas y en la membrana basolateral de las células epiteliales del intestino delgado.

El GLUT2 participa en la regulación de la secreción de insulina: sólo permite el transporte de glucosa cuando la concentración plasmática alcanza el umbral de afinidad como sustrato de GLUT2 ($>70\text{mg/dL}$), y en respuesta conduce a la liberación de la cantidad requerida de insulina para mantener la concentración de glucosa. Después de la ingesta de alimento, el hígado, por su parte, es capaz de incorporar la glucosa a través del GLUT2 para convertirla rápidamente en glucógeno (polímero de carbohidratos como almacén de los mismos). De forma inversa, durante el período postprandial tardío (período comprendido entre 6 y 8 horas de ayuno), el glucógeno sufre degradación para generar moléculas de glucosa, que salen de la célula hepática a la circulación sistémica, preservando de esta manera la glucemia en valores fisiológicos; por lo anterior, el GLUT2 es un transportador bidireccional que puede transportar glucosa desde la sangre al tejido o desde el tejido hacia la sangre, según se requiera.

El GLUT2 tiene también la capacidad de transportar fructosa, por la presencia de un segmento existente en GLUT5 (transportador de fructosa clásico), y sustituye el presente en GLUT de alta afinidad por la glucosa, como el GLUT1. El GLUT5 es un transportador específico para fructosa que se expresa fundamentalmente en las células del ribete en cepillo del intestino delgado, donde modula la absorción de fructosa desde el lumen a la célula epitelial intestinal, y no reconoce a la glucosa.(20)

Tras el ingreso de la glucosa (o fructosa) al interior de la célula β mediante el GLUT2, el carbohidrato es fosforilado (glucosa-6-fosfato, G6-P) por la glucocinasa; este

proceso determina la velocidad de glucólisis y de los subsecuentes procesos oxidativos que culminan con el incremento en la relación ATP/ADP del citosol. Finalmente, la despolarización de la célula ocurre a causa del cierre de los canales de K⁺ sensibles a ATP (KATP), incrementando el potencial de membrana hasta alcanzar la apertura de canales de Ca²⁺ dependientes de voltaje tipo L.

La obesidad mórbida se asocia con el desarrollo de diferentes enfermedades, entre las que destacan la diabetes y la hipertensión. La obesidad es una consecuencia de la ingesta continua y desregulada de alimento rico en contenido energético que no es aprovechado como consecuencia de una baja actividad metabólica y/o sedentarismo, por lo tanto, se almacena y acumula en tejido graso. Durante esta situación, el páncreas tiene una hiperactividad por la concentración alta y constante de glucosa en sangre, con una secreción de insulina elevada para conservar la glucemia en niveles normales.

Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 se desconocen en el 70-85% de los pacientes; al parecer, influyen diversos factores como la herencia poligénica (en la que participa un número indeterminado de genes), junto con factores de riesgo que incluyen la obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y una vida sedentaria.

Los pacientes presentan niveles elevados de glucosa y resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos. Del 80 al 90% de las personas tienen células β sanas con capacidad de adaptarse a altas demandas de insulina (obesidad, embarazo y cortisol) mediante el incremento en su función secretora y en la masa celular. Sin embargo, en el 10 al 20% de las personas se presenta una deficiencia de las células β en adaptarse, lo cual produce un agotamiento celular, con reducción en la liberación y almacenamiento de insulina.

La diabetes tipo 2 se asocia con una falta de adaptación al incremento en la demanda de insulina, además de pérdida de la masa celular por la glucotoxicidad.

Sin embargo, el receptor a insulina presenta alteraciones en su función. Cuando la insulina se une a su receptor en células del músculo, inicia las vías de señalización complejas que permiten la translocación del transportador GLUT4 localizado en vesículas hacia la membrana plasmática para llevar a cabo su función de transportar la glucosa de la sangre al interior de la célula.

La señalización del receptor termina cuando es fosforilado en los residuos de serina/treonina en la región intracelular para su desensibilización, y finalmente esto permite la internalización del receptor.(20)

La detección de la prediabetes y de la diabetes mellitus tipo 2 se debe realizar en la población general a partir de los 20 años de edad o al inicio de la pubertad si presenta obesidad y factores de riesgo con periodicidad de cada 3 años, a través del Programa de Acción específico de Diabetes Mellitus vigente y en campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo, así como en los que los hombres o las mujeres suelen reunirse o desarrollar actividades y en los servicios del sistema de educación pública, además de los que acuden a servicios de salud pública y privada.

El tamizaje de glucosa en población expuesta, ayuda a identificar a las personas con diabetes no diagnosticadas, individuos con alteración a la glucosa en ayuno, permitiendo establecer medidas preventivas para retardar la aparición de la diabetes, modificando su estilo de vida del paciente, alimentación, actividad física, mediante una educación para la salud.

Es recomendable que la detección de diabetes, se haga de manera integrada con otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemias, tabaquismo, sedentarismo y circunferencia abdominal anormal, así como otras condiciones clínicas asociadas a la resistencia a la insulina.(18)

Diagnóstico

Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl (GAA) y/o cuando la glucosa dos hrs. post-carga oral de 75 g de glucosa anhidra es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (ITG).

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios:

- ✓ presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl;
- ✓ glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl;
- ✓ glucemia >200 mg/dl a las dos hrs. después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la PTOG, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

Las pruebas para detección y diagnóstico de prediabetes y diabetes mellitus en niños y jóvenes se realiza si presentan los siguientes criterios:

- Sobrepeso en niños (IMC > del percentil 85 para la edad y sexo,
- Peso para la talla > del percentil 85,
- Peso mayor de 120% ideal para la talla, con cualquiera de los tres siguientes factores de riesgo:
 - Historia de DM-2 en el primero o segundo grado familiar.
 - Raza/Etnia (Nativa Americana, Afroamericana, Latina, Asiática/Americana, Nativa de las Islas del Pacífico).
 - Signos y/o condiciones de resistencia a la insulina (acantosis nigricans, hipertensión arterial, dislipidemia, o síndrome de ovarios poliquísticos).

En la mayoría de las personas jóvenes, el diagnóstico de la diabetes tipo 1 deberá hacerse sin dificultad y de manera urgente. Los síntomas de sed, ingesta de líquidos y micción excesivos deben inducir a la realización inmediata de pruebas anticuerpos anti-insulares:

- Glucosuria intensa (>1,0 g/dl)
- posible cetonuria (frecuentemente >0.4 g/dl de acetoacetato)
- hiperglucemia aleatoria 200 mg/dl).
- Curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG): en ayuno, utilizando una carga de glucosa por vía oral de 1.75 g/kg de peso corporal (máximo 75 g).

En las personas jóvenes, la diabetes tipo 1 comienza generalmente de manera repentina y aguda, con poliuria, polidipsia y evidencias de cetosis. En una minoría de jóvenes, el comienzo es más lento, con síntomas que van apareciendo en el transcurso de varios meses.

Datos clínicos adicionales: Enuresis de comienzo reciente o persistente. Dolor abdominal con o sin vómitos. Candidiasis vaginal. Poco aumento de peso o pérdida de peso. Fatiga, irritabilidad, deterioro del rendimiento académico. Infecciones dérmicas recurrentes(18).

I.4.2. Vigilancia y control en unidad de salud

La prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión.

La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad, el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, para lo cual debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario y estrechamente vinculado que permita, a través de sus acciones, obtener impactos en la salud del paciente con factores de riesgo asociados a diabetes mellitus o quienes ya la padecen.

Los factores de riesgo son: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, >45 años de edad, las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial (>140/90), dislipidemias (colesterol HDL <40 mg/dl, triglicéridos >250 mg/dl), a los y las pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) y con antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de antipsicóticos.(18)

La prevención de la diabetes mellitus se realiza en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria: Tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad. En la práctica, prevención es toda actividad que tiene lugar antes de las manifestaciones de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición.

Existen dos tipos de estrategias de intervención primaria: en la población general y en la población con factores de riesgo asociados a la diabetes:

En la población en general: Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socioambientales, conforme a los factores de que constituyen causas desencadenantes de la diabetes.

Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención se mantengan de manera permanente para que sean efectivas a largo plazo.(18)

Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse, no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la

comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región como radio, prensa y televisión, entre otros.

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad consisten en modificar los cambios en el estilo de vida que abarca reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular.

La intervención inicial y a lo largo del padecimiento se realizará especialmente con tratamiento no farmacológico y consistirá en:

- ❖ Educación para la salud: folletos, revistas y boletines, entre otros.
- ❖ Promoción de la salud: corrección de factores dentro del estilo de vida.
- ❖ Prevención y corrección de obesidad: dietas con bajo contenido graso y azúcares refinados y alta proporción de fibra alimentaria.
- ❖ Uso racional y prescripción adecuada de medicamentos diabetogénicos, por ejemplo, diuréticos, corticoides, beta-bloqueadores.
- ❖ Promoción del ejercicio físico rutinario y programado.
- ❖ Integración a Grupos de Ayuda Mutua, encaminados a que el o la paciente sea responsable de su autocuidado y permanentemente se autogestionen en pro de su control metabólico.
- ❖ Uso de la evidencia científica a través de monofármacos preventivos, que disminuyan el porcentaje de conversión a DMT-2, conforme a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes. (18)

Actividad física

La actividad física habitual en sus diversas formas: actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio, tiene un efecto protector contra la diabetes. En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la

práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos 150 minutos a la semana.

La actividad física más recomendada es de tipo aeróbico, intensidad leve a moderada, es importante aclarar que debe ajustarse para pacientes con cardiopatía isquémica o en pacientes que están bajo tratamiento con beta-bloqueadores, algunos calcioantagonistas como el verapamilo y diltiazem, que toman antiarrítmicos, o digitálicos, entre otras, conforme se establece en el Apéndice Normativo E. (18)

Alimentación: Debe promoverse un tipo de alimentación que sea útil para la prevención de la diabetes, conforme a las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

El Valor Calórico Total derivado de los macronutrientes para mantener un peso recomendable será de la siguiente manera: menos del 30% de las grasas, de lo cual no más del 7% corresponderá a las grasas saturadas, con predominio de las monoinsaturadas (hasta 15%); 50%-60% de hidratos de carbono predominantemente complejos (menos del 10% de azúcares simples), 14 g de fibra por cada 1000 kcal, preferentemente soluble. En promedio 15% de las kcal totales corresponderá a proteínas y la ingestión de colesterol no será mayor de 200 mg/día.

Promoción de la salud: El fomento de los estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retardar la aparición de la diabetes, se llevará a cabo mediante acciones de promoción de la salud. La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y de comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.

Comunicación social: La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social, sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la diabetes. Los mensajes al público deben enfatizar que el control de tales factores contribuye además a la prevención y al control de otras enfermedades crónicas importantes.

Educación para la salud: La Secretaría de Salud debe establecer, en coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles frecuentes, entre éstas, la diabetes, así como la actualización de los programas educativos sobre diabetes de las instituciones que preparan a los profesionales de la salud. Se deben promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en la materia de diabetes; así como el desarrollo de factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, práctica de actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de las regiones donde viven.(18)

El médico, en colaboración con el equipo de salud, tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico, para el propósito anterior, en la visita inicial se deben registrar los datos en una historia clínica debidamente elaborada, en esa misma visita y en visitas subsecuentes. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.(21)

Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica de manera periódica.

El manejo inicial de pacientes con diabetes tipo 2 se hará mediante medidas no farmacológicas, mismas que se deberán mantener durante todo el curso del tratamiento. No obstante lo anterior, existe evidencia de que el uso de medicamentos en etapas tempranas (prediabetes: glucosa de ayuno anormal e intolerancia a la glucosa) pueden disminuir la progresión hacia la diabetes manifiesta. En el caso de diabetes tipo 1, la indicación para el uso de insulina es al momento del diagnóstico en conjunto con las medidas no farmacológicas. En la diabetes tipo 2, el manejo farmacológico se iniciará cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, incluso desde el diagnóstico, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática y para alcanzar metas de control lo más tempranamente posible, conforme a la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la diabetes mellitus.(18)

Manejo no farmacológico: Es la base para el tratamiento pacientes con prediabetes y diabetes y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física apoyado en un programa estructurado de educación terapéutica. Es responsabilidad del personal médico, apoyado con un equipo de salud, motivar a la o el paciente en la adopción de medidas de carácter no farmacológico ya que son condiciones necesarias para el control de la enfermedad y retraso de complicaciones, el personal médico y el equipo de salud en el cual se apoya estén sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que tienen tanto hombres como mujeres, derivadas del género, para adaptar las medidas de carácter no farmacológico, con el fin de favorecer el control de la enfermedad y retraso de complicaciones.(18)

Control de peso. Se considera que el o la paciente ha logrado un control ideal de peso, si mantiene un IMC >18.5 y <25 ; se pueden establecer metas intermedias, de acuerdo con lo especificado en el Apéndice Normativo E; para mantener el control de peso se debe seguir el plan de alimentación, actividad física y ejercicio en los siguientes términos:

Plan de actividad física y ejercicio: El médico de primer contacto debe estar capacitado para establecer el plan básico de actividad física o ejercicio para lo cual se apoyará en el equipo de salud y profesionales en esta materia. El tipo, intensidad, duración y frecuencia del ejercicio se deben fijar de acuerdo con los lineamientos descritos en el apartado 8.3 y de conformidad con las guías técnicas aplicables para el cumplimiento de esta Norma. Es indispensable que el paciente adulto mayor realice la actividad física en compañía con otra persona o en grupos, que su ropa y calzados sean adecuados, que evite la práctica de los mismos en climas extremos (calor, frío) o con altos niveles de contaminación, que tome líquidos antes, durante y después de la actividad física, que revise sus pies antes y después de cada sesión de ejercicio y, si el paciente se controla con insulina, es indispensable que se establezca un programa de automonitoreo y un buen control metabólico.(18)

Para proporcionar atención nutricional al adulto mayor se deben conocer las múltiples alteraciones que afectan al individuo, tanto las propias del envejecimiento, como las enfermedades crónicas y la falta de prótesis dental por la adoncia parcial o total, que afectan la función de nutrición. La dieta para el paciente diabético será variada con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se recomienda reducir o evitar el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces y bebidas azucaradas), permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos, como aspartame, acesulfame de potasio, sucralosa, sacarina y los permitidos por la Secretaría de Salud. Pacientes tratados con sulfonilureas o insulina distribuirán el consumo de alimentos a lo largo del día de acuerdo a las recomendaciones de su médico.(21)

Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de cereales integrales y derivados lácteos descremados.(18)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

Actualmente las enfermedades crónico degenerativas o también conocidas como no transmisibles, están incrementando el número de casos nuevos de Diabetes mellitus tipo 2, y esto ha sido más frecuente en pacientes cada vez más jóvenes; la edad de 35 a 40 años en personas con otros padecimientos como hipertensión, obesidad o dislipidemia.

El modelo de atención a la protección de la salud que actualmente opera en el país, cobertura la totalidad de acciones de prevención de la enfermedad; y una vez diagnosticada oferta al paciente la totalidad de atención con cero costos. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de la organización del sistema, se siguen presentando pocos años posteriores al diagnóstico, las complicaciones de cronicidad.

Toma relevancia la actitud del paciente ante la enfermedad, ante las condiciones de vida que debe adoptar y las adecuaciones a su estilo de vida personal y familiar. La negación o la ira manifestada por el paciente es la manifestación común observada para la aceptación del tratamiento o bien de las terapias coadyuvantes en su control metabólico.

Los factores de protección que se desarrollen durante el diagnóstico inicial y en los primeros años de tratamiento son decisivos en la adopción de un estilo de vida acorde a la nueva condición.

Además, en el mediano y largo plazo, representará una menor inversión económica o bien gasto de bolsillo en el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud y la asociación estadística que presentan ambas variables, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el año 2019?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Académica

La presente investigación se realizó para a obtener el diploma de especialista en Salud Pública, y obtener el siguiente nivel académico en el desarrollo profesional.

III.2. Científica

Las respuestas psicológicas más comunes a la diabetes: la comunicación del diagnóstico, el mundo psicológico de la persona con diabetes, los significados subyacentes a este, el proceso de atención de salud, y los aspectos y momentos críticos en el tratamiento de la enfermedad como la aceptación o la negación de la misma, favorecen o no el adecuado tratamiento y adopción de un estilo de vida.

El área de salud mental y la psicología, tienen un papel importante en el desarrollo de habilidades que ayuden al paciente a enfrentarse a las condiciones que a lo largo de la vida se le pueden ir presentando.

III.3. Económica

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica no transmisible que engloba un grupo de trastornos metabólicos causados por una deficiencia total o parcial de insulina. Se puede presentar en todos los grupos de edad, y puede afectar la calidad de vida, el estado funcional y el sentido de bienestar de las personas que la padecen, así como de su familia. Genera además importantes gastos para el paciente y su familia en momentos de mal control de la enfermedad; asociándose a ausentismo laboral, discapacidad, uso de medicamentos, hospitalizaciones, consultas médicas y una muerte prematura.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. HIPÓTESIS ALTERNA:

En los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el 2019, más del 25 por ciento son moderadamente resilientes y su duelo ante la pérdida de salud se encuentra en etapa de negación en más de un 50 por ciento, existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

IV.2. HIPÓTESIS NULA

En los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el 2019, más del 25 por ciento son moderadamente resilientes y su duelo ante la pérdida de salud se encuentra en etapa de negación en más de un 50 por ciento, no existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

V. OBJETIVOS

V.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, así como la asociación estadística entre ambas variables, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el 2019.

V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la asociación entre la resiliencia y los indicadores del duelo ante la pérdida de salud, en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo, durante el año 2019.
- Agrupar los factores protectores internos de la resiliencia y su relación con las etapas de duelo ante la pérdida de salud, con respecto al tiempo de diagnóstico
- Agrupar los factores protectores externos de la resiliencia y su relación con las etapas de duelo ante la pérdida de salud, con respecto al tiempo de diagnóstico
- Valorar la resiliencia y su relación con el género, con base en el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Valorar la resiliencia y la relación con el estado civil, con base en el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

- Categorizar el duelo ante la pérdida de salud y su asociación con el género, en las diferentes etapas del proceso.
- Establecer el duelo ante la pérdida de salud y la relación que existe con el estado civil de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Categorizar la resiliencia en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con base en el tiempo de diagnóstico.
- Combinar los factores protectores internos, externos y empatía de la resiliencia con el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Valorar duelo ante la pérdida de salud, posterior al tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Valorar el duelo ante la pérdida de salud, y la relación que existe con la ocupación, de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Valorar los factores de segundo orden del duelo, categorizando la resiliencia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Combinar la resiliencia con los factores de segundo orden del duelo, de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Combinar la resiliencia con los factores de segundo orden del duelo, y la relación con la ocupación de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Es un estudio de tipo prospectivo, transversal, analítico y observacional.

VI.2. Diseño del Estudio

El presente estudio se realizó, solicitando el permiso por escrito a la Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo, y al Director del Centro de Salud Urbano Tenancingo, para poder utilizar las instalaciones, y realizar la aplicación de cédula de recolección de datos de identificación e instrumentos validados para el presente estudio, a la población con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 usuaria de esa unidad de salud.

Se realizó la recolección de datos mediante los instrumentos: Cuestionario de resiliencia (González Arratia, 2011) y Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud (RPD-PS-38); donde se realizó una auto aplicación dirigida en los pacientes que acudieron a consulta de control metabólico por diabetes mellitus tipo 2, en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante 2019, previa explicación y firma del consentimiento informado por escrito de cada paciente.

VI.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador
Resiliencia	Proceso dinámico que abarca la adaptación positiva	Resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo	Cualitativa nominal	Resiliencia Puntuación: mínima 32, máxima 160.

	<p>en el contexto de la adversidad, interactivo que se refiere a la combinación de eventos adversos y un resultado psicológico positivo frente a estas experiencias.</p>	<p>(internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos), que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.</p>	<p>-Resiliencia baja: 32 a 74 puntos</p> <p>-Resiliencia moderada: 75 a 117 puntos</p> <p>-Resiliencia alta: 118 a 160 puntos</p> <p>Factores protectores internos (25,21,20,27,24,18,17,30,28,26,23,29,31,32= 14 reactivos). Baja: 14-32 Moderada: 33-51. Alta: 52-70</p> <p>Factores protectores externos (13,15,12,4,14,16,10,6,1,11,5= 11 reactivos).</p>
--	--	--	---

				<p>Baja: 11-25 Moderada: 26-40. Alta: 41-55.</p> <p>Empatía (22,19,7,8,9,2,3= 7 reactivos). Baja: 7-16 Moderada: 17-26. Alta: 27-35.</p>
Duelo ante la pérdida de salud	Duelo (del latín dolium, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo	Reacción o actitud de la persona que se enfrenta o lucha ante la pérdida del estado de salud; manifestándose como una reacción de afecto negativo ante la enfermedad o una actitud positiva ante la enfermedad; durante la vivencia de fenómenos	Cualitativa nominal	Las puntuaciones de los 6 factores de primer orden se obtienen por suma simple de ítems (El factor de negación (ítems: 1, 7, 13, 19, 25, 29 y 33), el de ira (ítems: 2, 8, 14, 20, 26 y 30), el de promesas/negociación con un Ser Supremo

	afectivo se rompe.	psicológicos, psicosociales y económicos, por su nueva condición.	<p>(ítems: 3, 9, 15, 21, 27, 31 y 35), el fe/esperanza (ítems: 4, 10, 16 y 22), el de depresión (ítems: 5, 11, 17 y 23) y el factor de aceptación (ítems: 6, 12, 18, 24, 28, 32, 34, 36, 37 y 38)).</p> <p>Se divide la puntuación suma de cada factor por el número de ítems sumados. De este modo se obtiene un rango continuo, cuyo valor mínimo potencial coincide con el valor más bajo de respuesta al</p>
--	--------------------	---	--

				<p>ítem (valor 1) y su valor máximo potencial coincide con el valor más alto de respuesta al ítem (valor 5). El resultado se debe identificar entre los siguientes rangos que hacen referencia a la frecuencia de respuestas:</p> <p>*1 a 1,79 = valor discreto 1 "nunca".</p> <p>*1,80 a 2,59 = valor discreto 2 "pocas veces".</p> <p>*2,60 a 3,39 = valor discreto 3 "a veces".</p> <p>*3,40 a 4,19</p>
--	--	--	--	--

				<p>= valor discreto 4 "casi siempre".</p> <p>*4,20 a 5 = valor discreto 5 "siempre". A mayor puntuación, se determina la respuesta psicológica que predomina.</p> <p>Los factores de segundo orden se calculan de la siguiente forma:</p> <p>-Reacción de afecto negativo ante la enfermedad</p> <p>(RANE) = (ítems que conforman el factor de depresión + ítems ira + ítems de negación + los ítems que conforman</p>
--	--	--	--	--

				<p>aceptación pero con los ítems invertidos)/27.</p> <p>-Actitud positiva ante la enfermedad (APE) = negociación + fe y esperanza / 11.</p> <p>El resultado debe ubicarse en los rangos antes descritos y así determinar la Reacción o actitud del paciente ante la pérdida de salud.</p>
Tiempo de diagnóstico en años	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad	Momento desde que se dio a conocer el diagnóstico e indicó el primer fármaco para control metabólico.	Cuantitativa discreta	Menos de 5 años de diagnóstico, de 5 a 10 años de diagnóstico, Mayor de 10 años de diagnóstico.

	hasta que esta empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo.			
Género	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Funciones, comportamientos, actividades y atributos que desempeña en su familia o entorno social.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Estado civil	Situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos	Situación legal y social de convivencia parental al momento del estudio	Cualitativo nominal	Soltero Casado

	derechos y deberes.			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento.	Cuantitativa continua	Grupo de edad: De 30 a 59 años y mayor de 60 años.
Ocupación	Término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Actividad económica que desempeña o por la que obtiene recursos económicos para vivir.	Cualitativa nominal	Profesionista Oficio Labores Domésticas Ninguna

VI.4. Universo de trabajo

Se estudió a la población de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que acudieron al servicio de consulta externa, en el Centro de Salud Urbano Tenancingo, de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo. Durante el periodo Junio - Diciembre del 2019.

VI.4.1. Criterios de inclusión

- Se incluyeron a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con establecimiento del diagnóstico de la enfermedad menor de 5 años, de 5 a 10 años y mayor de 10 años.
- Se incluyeron a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que cuentan con el consentimiento informado firmado.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en conjunto con otras enfermedades crónico degenerativas (Hipertensión, dislipidemia, obesidad).
- Pacientes de diagnóstico de primera vez con Diabetes Mellitus tipo 2.

VI.4.2. Criterios de exclusión

- ✓ Ser paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que solicita de manera única o esporádica atención médica en la unidad de salud.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que no quisieron participar en el estudio y no firmaron el consentimiento informado.
- ✓ Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no contestaron los dos instrumentos en su totalidad.

VI.4.3. Criterios de eliminación

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que sólo respondieron un instrumento, de los dos aplicados.

VI.5. Instrumentos de investigación

- Cuestionario de Resiliencia (González Arratia 2011)
- Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud (RPD-PS-38).

VI.5.1. Descripción

El cuestionario de resiliencia (González Arratia, 2011) es un instrumento de autoinforme que consta de 32 reactivos, de opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre) (Varianza 37.82%, Alpha=.9192) dividida en tres dimensiones que son: Factores protectores internos, Factores protectores externos y Empatía; con una calificación final de resiliencia alta, moderada o baja.

Así mismo ha demostrado utilidad en adultos y adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la autora ha autorizado y realizado la aplicación del instrumento en grupos de adultos.

Este instrumento puede aplicarse de manera individual o colectiva y no hay un límite de tiempo para responderlo. Pero el tiempo aproximado es de 20 a 30 minutos en condiciones favorables. La tarea que tiene que hacer el paciente es colocar una cruz (X) en alguna de las columnas de las opciones de respuesta, para cada afirmación de acuerdo a lo que considere de sí mismo.

Si el paciente tiene dificultad para leer el reactivo, el aplicador puede leerlo y marcar la respuesta.

Es importante, hacer mención al paciente de que sus respuestas deben ser lo más sinceras posibles y no dejar ningún reactivo sin contestar.

La prueba incluye las habilidades, actitudes y atributos clave que se encuentran en las personas resilientes y ayudará a identificar las áreas en las que se es fuerte y las áreas que se necesita reforzar. Determina nivel de resiliencia: Resiliencia baja, Resiliencia Moderada y Resiliencia alta.

Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud (RPD-PS-38). Es un instrumento conformado por 38 preguntas tipo Likert, presentó una estructura de seis factores de primer orden correlacionados (negación, ira, promesas/ negociación, 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), siendo estos últimos la respuesta psicológica de cada individuo.

VI.5.2. Validación

El cuestionario de resiliencia (González Arratia, 2011) es un instrumento de autoinforme que consta de 32 reactivos, de opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre) (Varianza 37.82%, Alpha=.9192) dividida en tres dimensiones que son: Factores protectores internos, Factores protectores externos y Empatía.

La escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de salud (RPD-PS-38). La escala RPD-PS-38 tiene una estructura de 6 factores de primer orden correlacionados con valores de consistencia interna altos (de .72 a .85): negación con 7 ítems (“niego completamente que estoy enfermo”), ira con 6 ítems (“siento

mucho coraje por tener la enfermedad”), promesas/negociación con un Ser Supremo con 7 ítems (“busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure”), fe/esperanza con 4 ítems (“pienso que mi fe me ayudará a salir adelante”), depresión con 4 ítems (“no tengo ganas de hacer nada”) y aceptación con 10 ítems (“estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad”); y 2 factores de segundo orden o dimensiones independientes: reacción de afecto negativo y actitud positiva ante la enfermedad con apoyo en creencias religiosas. Las puntuaciones de los 6 factores de primer orden se obtienen por suma simple de ítems. La dimensión de segundo orden de reacción de afecto negativo se obtiene sumando directos los 17 ítems de depresión, ira y negación y sumando invertidos los 10 ítems de aceptación. La dimensión de segundo orden de actitud positiva se obtiene sumando directos los 11 ítems de promesas/negociación y fe/esperanza;), finalmente se establece un alfa de Cronbach 0.87.

VI.5.3. Aplicación

A cargo del tesista

VI.6. Límite de tiempo y espacio

Límite de tiempo: de junio 2019 a mayo 2020.

Límite de espacio: Jurisdicción Sanitaria Tenancingo, Centro de Salud Urbano Tenancingo, Consulta externa, consultorio 6 y 7.

VI.7. Método

El presente estudio de tipo prospectivo, con diseño no experimental transversal, observacional, se usó un muestreo no probabilístico; se inició solicitando el permiso por escrito a la Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo, y al Director del Centro de Salud Urbano Tenancingo, para poder utilizar las instalaciones y realizar la aplicación de los instrumentos de medición de resiliencia y duelo ante la pérdida de salud a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron a consulta del Centro de Salud Urbano Tenancingo.

Se inició el estudio, con la aplicación de una cédula de recolección de datos de identificación, y de los instrumentos:

- Cuestionario de resiliencia (González Arratia, 2011)
- Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud (RPD-PS-38).

Donde los instrumentos fueron de auto aplicación dirigida en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que acudieron al servicio de consulta externa, en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante 2019, previa explicación y firma de consentimiento informado por escrito de cada paciente participante.

VI.8. Diseño estadístico

- Recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos utilizados.
- Recuento, incluida la revisión y clasificación de los datos obtenidos
- Presentación, elaboración y validación de cuadros, aplicación de pruebas estadísticas de asociación.
- Síntesis, búsqueda de la comprobación de los objetivos planteados
- Análisis, establecer la discusión de las pruebas estadísticas y la asociación de variables mediante las pruebas estadísticas.
- Redacción de resultados y conclusiones.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista

M.C. y H. Valente Siles Ramírez

Directores De Tesis:

Dr. en Fil. Mario Enrique Arceo Guzmán

M.S.P. Luis Gabriel Montes De Oca Lemus

Colaboradores:

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, autor del cuestionario de resiliencia (González Arratia, 2011).

Dra. Melina Miaja Ávila, autor de la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la pérdida de salud (RPD-PS-38).

Para efectos de publicación o presentación en eventos académicos, el tesista siempre será el primer actor y los directores, serán coautores.

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Esta investigación se apega a los principios que La Asociación Médica Mundial ha promulgado a través de la Declaración de Helsinki (22). La elaboración de los informes parciales y finales siguieron lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (23).

El presente estudio se realizó con la autorización de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo y la Dirección del Centro de Salud Urbano Tenancingo, así como la autorización bajo consentimiento informado por escrito y firmado por parte de cada participante incluido en el estudio.

El presente estudio se realizó con la colaboración voluntaria de los pacientes, manifestada a través de la carta de consentimiento informado firmado, donde se declaran de forma implícita los 4 principios fundamentales de la investigación (Respeto a las personas, Beneficencia, Justicia y Autonomía), lo que garantiza que los datos obtenidos durante las diferentes etapas del estudio se manejaran con absoluta discreción, confidencialidad, anonimato de la identidad de cada paciente, así como de la información personal de cada uno de los participantes.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Respecto a los resultados obtenidos del presente estudio, lo más sobresaliente es lo siguiente:

De los 200 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 participantes en el estudio, el 75.0% se destacó por presentar resiliencia moderada, el 23.5% resiliencia alta y con 1.5% resiliencia baja. Aquellos pacientes con resiliencia moderada y alta, manifestaron presentar en un 61.0% y 19.5%, respectivamente, una actitud positiva ante la enfermedad, del duelo ante la pérdida de salud. Sin embargo, resalta que del 23.5% con resiliencia alta, un 4.0% presentó reacción de afecto negativo ante la enfermedad, con respecto al duelo ante la pérdida de salud.

En relación a la hipótesis alterna propuesta, que a la letra dice: En los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el 2019, más del 25 por ciento son moderadamente resilientes y su duelo ante la pérdida de salud se encuentra en etapa de negación en más de un 50 por ciento, existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Se determinó que la resiliencia predominante en la unidad de observación fue la moderada con un 75.0%, mientras que al duelo ante la pérdida de salud, predominó la actitud positiva a la enfermedad con un 81.5%, donde la Fe y Esperanza fue la etapa del duelo ante la pérdida de salud que imperó, en un total de 200 unidades de observación que conforman el 100%.

En relación a la aplicación de la prueba estadística para la determinación de la asociación entre la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, se utilizó la Chi cuadrada (χ^2), con un nivel de confianza del 95% y 2 grados de libertad, de la cual se obtuvo un resultado de 0.509 y un valor de p de 0.775, valores concluyentes para

no rechazar la hipótesis nula establecida, por lo tanto, no existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. (Cuadro No.1, Gráfico No.1).

De los participantes, por cada 2.07 pacientes del género femenino hay 1 paciente del género masculino. Ambos géneros se distinguieron con resiliencia moderada, 48.0% en el género femenino y 27.0% en el género masculino. En el 1.5% de los que se consideran con resiliencia baja, el 0.5% es del género masculino. (Cuadro No.4, Gráfico No.4)

En el 2019, Fínez Silva y colaboradores, en su estudio sobre resiliencia psicológica a través de la edad y el sexo, los sujetos en estudio refirieron presentar una resiliencia media sin que hubiera diferencia significativa en función del sexo, sin embargo, se observó que en los jóvenes los hombres fueron más resilientes, y en los adultos las mujeres(24); por tanto, en la presente investigación se presentó un resultado asimilado de resiliencia moderada del 75% de la unidad de observación, con predominio del género femenino, contrario a lo encontrado por Fínez Silva y colaboradores.

Por otro lado, con respecto al estado civil, el 29.0% de los pacientes son solteros, mientras que el 71.0% son casados; mismos en los que prevalece una resiliencia moderada. (Cuadro No.5, Gráfico No.5); los participantes presentaron el nivel de resiliencia antes mencionado, gracias al apoyo social (de la familia, amigos o pareja); lo cual representa un factor positivo y de gran soporte para lidiar con desafíos y retos ante los cuales es necesario ser resiliente para así lograr salir adelante, sentir bienestar y en consecuencia, disfrutar de salud.

Lo anterior coincide con lo referido por Nicole Flórez y Rozzana Sánchez Aragón, en su estudio: "Optimismo, resiliencia, sentido del humor y la salud de personas con pareja" (2019) (25), con lo que podemos evidenciar que el apoyo social y familiar, es un factor que facilita el proceso de desarrollo de resiliencia tanto en pacientes

sanos y pacientes con enfermedad crónica no transmisible como la Diabetes Mellitus tipo 2.

De acuerdo con los factores de primer orden del duelo ante la pérdida de salud, los pacientes estudiados se caracterizaron por manifestar en un 41.5% la etapa de aceptación y 37.0% la etapa de fe y esperanza del duelo ante la pérdida de salud, no mostrando diferencia notable por género; no obstante, se destaca que del 32.5% de pacientes del género masculino, el 1.5% refieren tener negación, ira y depresión.

Para determinar la asociación entre los factores de primer orden del duelo ante la pérdida de salud y el género, se utilizó la χ^2 con un nivel de confianza del 95% y 5 grados de libertad, de la cual se obtuvo un resultado de 2.155 y un valor de p de 0.827, valores que son concluyentes para indicar que no existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. (Cuadro No.6, Gráfico No.6)

En lo que respecta a los factores de segundo orden del duelo ante la pérdida de salud, el 81.5% evidenció con actitud positiva ante la enfermedad, como lo son las promesas, negociación con un ser supremo, fe y esperanza; el 58.0% son casados y el 23.5% solteros. Es importante no omitir que del 18.5% que evidenciaron reacción de afecto negativo ante la enfermedad como depresión, ira, negación y aceptación, el 5.5% pertenecía a pacientes solteros. (Cuadro No.7, Gráfico No.7)

Se ha comentado que en esta investigación predominó la resiliencia moderada, pero es necesario señalar que el 37.5% de los pacientes tenían más de diez años con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. (Cuadro No.8, Gráfico No.8)

Aunque son escasos y poco actuales los estudios que evalúen la resiliencia en relación al tiempo de diagnóstico de pacientes que viven con diabetes, existen otras enfermedades crónicas como el VIH en los que se evidencian datos interesantes que contrastan con la presente investigación, tal es el caso de Plascencia de la Torre y Castellanos Gutiérrez que en el 2019 informaron que sus participantes

mexicanos obtuvieron resiliencia alta y moderada y que de manera global, el 76.9% tenían menos de 5 años de diagnóstico. (26)

Concerniente a lo expuesto sobre los factores de la resiliencia, el 45% declararon ser empáticos y el 39.0% cuentan con factores protectores externos; en ambos casos, se hizo mención de contar con más de 10 años con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; esto hace distinguir el 3.0% de aquellos que refirieron la presencia de factores protectores internos con los mismos años de evolución con esta patología. (Cuadro No.9, Gráfico No.9)

Ya se ha valorado que los factores de primer orden del duelo ante la pérdida de salud, la aceptación y la fe/esperanza sobresalen con el 41.5% y el 37.0% respectivamente, aunque lo obtenido no muestra diferencias reveladoras en lo relativo al tiempo de diagnóstico. (Cuadro No.10, Gráfico No.10)

Así mismo, correspondiente a los factores de primer orden, el 45% de los pacientes analizados mencionaron dedicarse a labores domésticas, 29.5% tienen algún oficio y el 15.0% que refirieron ser profesionistas; de estos últimos resulta importante que en un 2.5% continúan en negación. (Cuadro No.11, Gráfico No.11)

A propósito, con lo anterior, Zenteno López y colaboradores en el 2018 estudiaron el proceso de vivir con diabetes tipo 2 en algunos pacientes poblanos. En este se concluyó que, al momento de diagnosticarse esta patología, la persona afectada cambia totalmente; la insatisfacción, enojo e impotencia de no poder ejercer y/o desarrollarse laboralmente; logrando afrontar el duelo ante la pérdida de salud que el diagnóstico implica y que uno de los factores principales que ayuda a sobrellevar su situación personal es tener el apoyo de su familia, que facilita la adaptación y finalmente aceptar la enfermedad con la cual tiene que aprender a convivir para reintegrarse a su ámbito laboral. Estos datos son compatibles con lo obtenido en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Urbano Tenancingo en el 2019. (27)

En tanto a los factores de segundo orden del duelo ante la pérdida de salud y la resiliencia, la proporción de los que se aprecian con actitud positiva ante la enfermedad fue del 81.5% que se caracterizan con un nivel de resiliencia moderada en una proporción del 61.0%. (Cuadro No.12, Gráfico No.12)

Del 23.5% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se citan con resiliencia alta sobresale el 4.0% que se declara con reacción de afecto negativo ante la enfermedad que se manifiesta con depresión, ira, negación y aceptación. (Cuadro No.13, Gráfico No.13)

En la investigación sobre autoestima como mediador entre afecto positivo-negativo y resiliencia en una muestra de niños mexicanos en el 2017, González-Arratia, Valdez y Domínguez, sugirieron que, en la medida que el individuo experimente mayor afectividad positiva, más favorable será su autoestima y mayor su resiliencia; en general el afecto negativo mostró un bajo efecto sobre la resiliencia, lo que corresponde con nuestros datos. (28)

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1
Resiliencia y duelo ante la pérdida de salud
en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

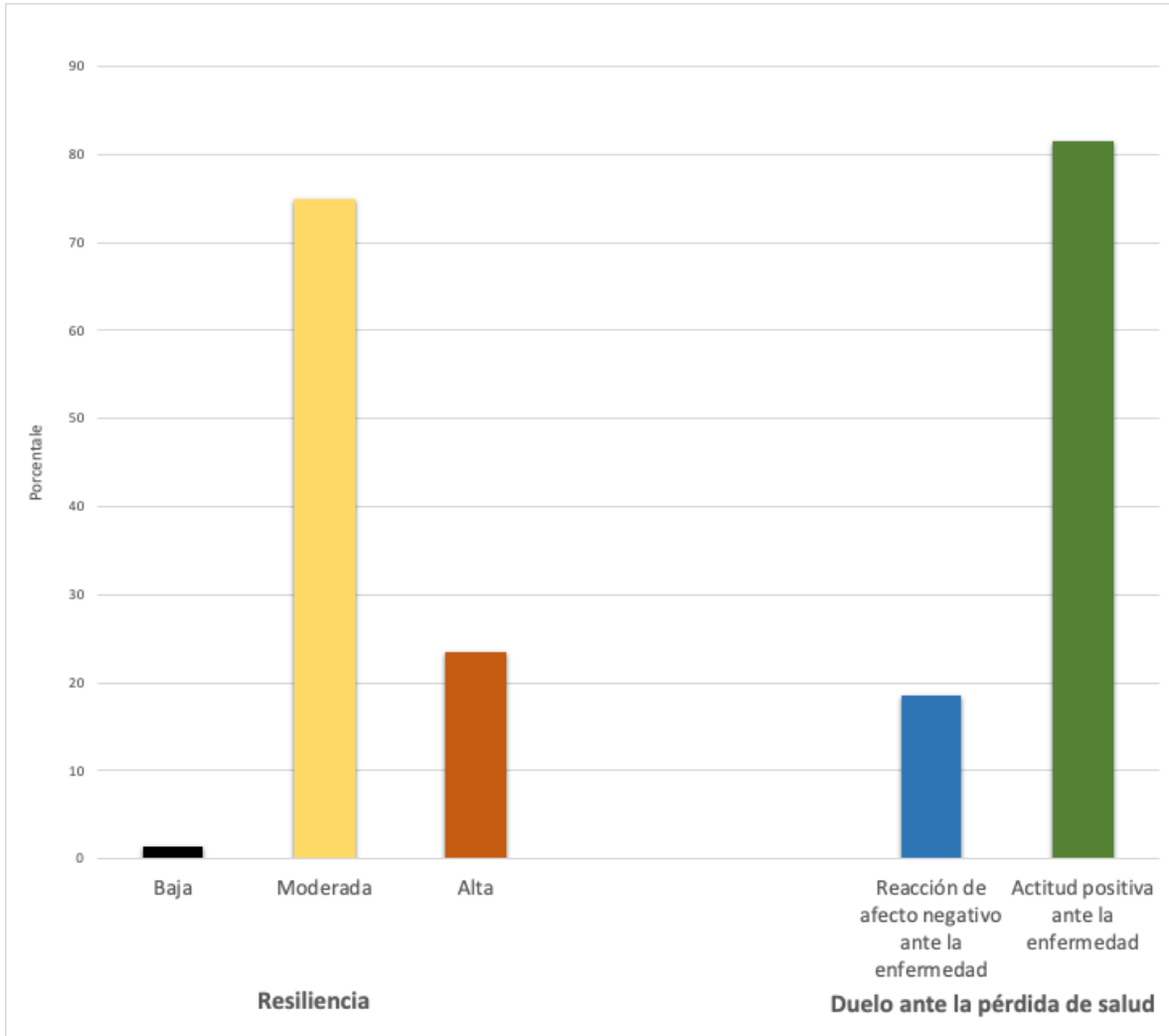
Duelo ante la pérdida de salud Resiliencia	Reacción de afecto negativo ante la enfermedad		Actitud positiva ante la enfermedad		Total	
	F	%	F	%	F	%
Baja	1	0.5	2	1.0	3	1.5
Moderada	28	14.0	122	61.0	150	75.0
Alta	8	4.0	39	19.5	47	23.5
Total	37	18.5	163	81.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Prueba estadística: Chi-cuadrado=0.509, grados de libertad=2

Gráfico No. 1
 Resiliencia y duelo ante la pérdida de salud
 en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

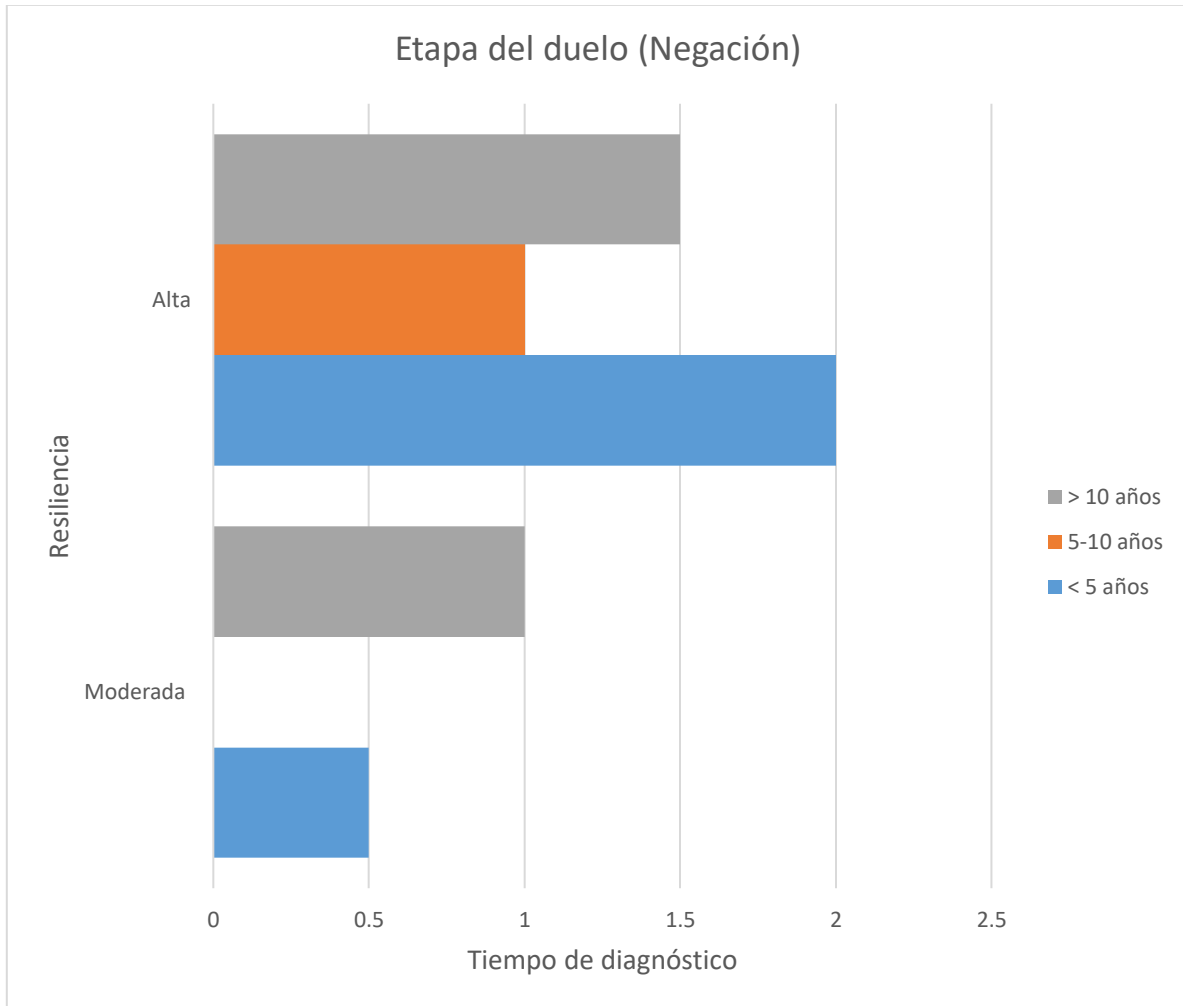
Resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud,
respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Etapas del duelo ante la pérdida de salud	Negación						Ira						Promesas / Negociación con un ser supremo						Fe / Esperanza						Depresión						Aceptación						Subtotal						Total		
	< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10										
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%					
Baja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0	0	1	0.5	1	0.5	0	0	1	0.5	2	1	0	0	3	1.5
Moderada	1	0.5	0	0	2	1	0	0	1	0.5	2	1	2	1	5	2.5	1	0.5	8	4	8	4	5	2.5	0	0	1	0.5	0	0	6	3	4	2	11	5.5	17	8.5	19	9.5	21	10.5	57	28.5	
Alta	4	2	2	1	3	1.5	2	1	1	0.5	1	0.5	3	1.5	3	1.5	4	2	12	6	20	10	21	10.5	1	0.5	2	1	1	0.5	21	10.5	15	7.5	24	12	43	21.5	43	21.5	54	27	140	70	
Total	5	2.5	2	1	5	2.5	2	1	2	1	3	1.5	5	2.5	8	4	5	2.5	20	10	28	14	26	13	1	0.5	4	2	1	0.5	28	14	20	10	35	17.5	61	30.5	64	32	75	37.5	200	100	

Fuente: Concentrado de datos

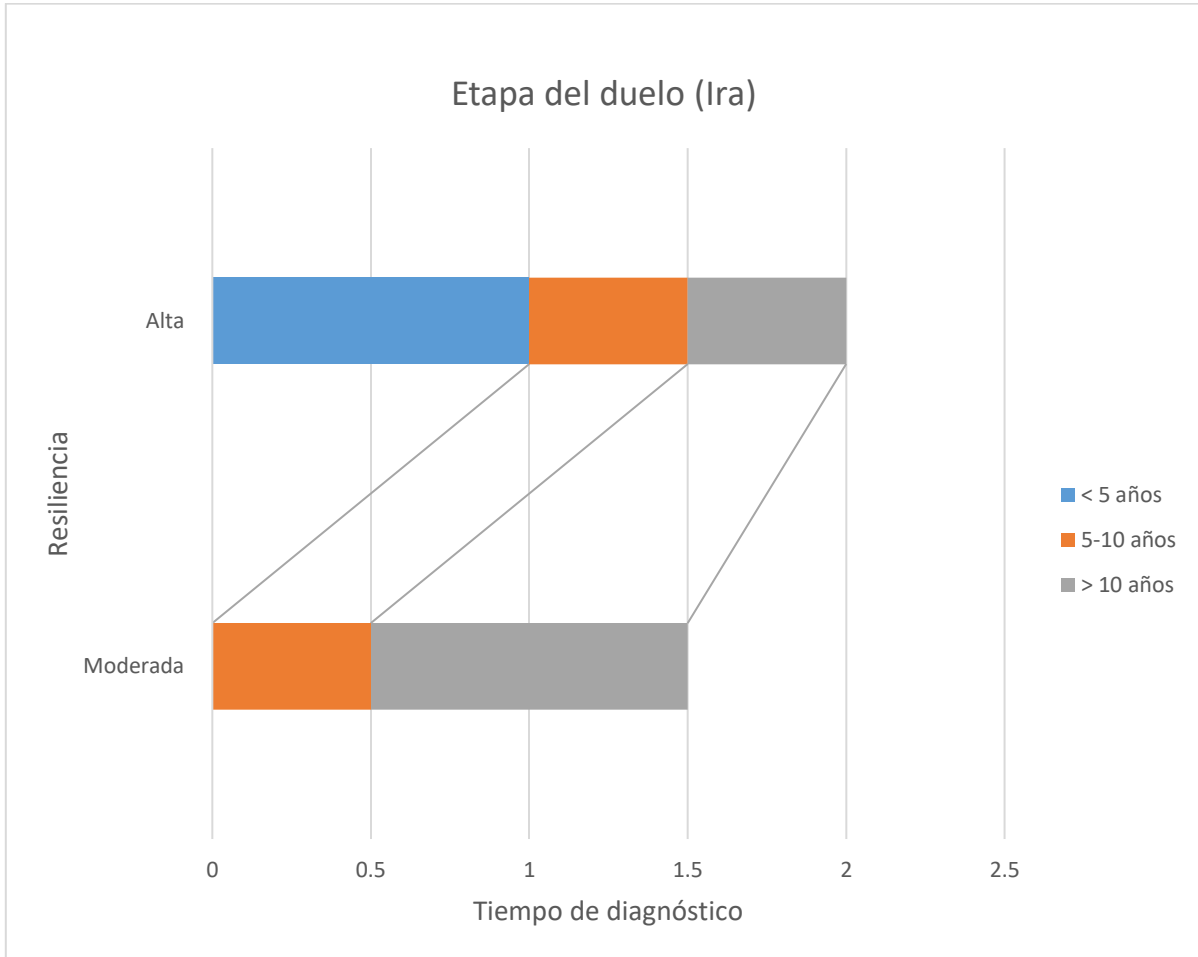
Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %=Porcentaje, < = Menor que, > = Mayor que.

Gráfico No. 2-A
Resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



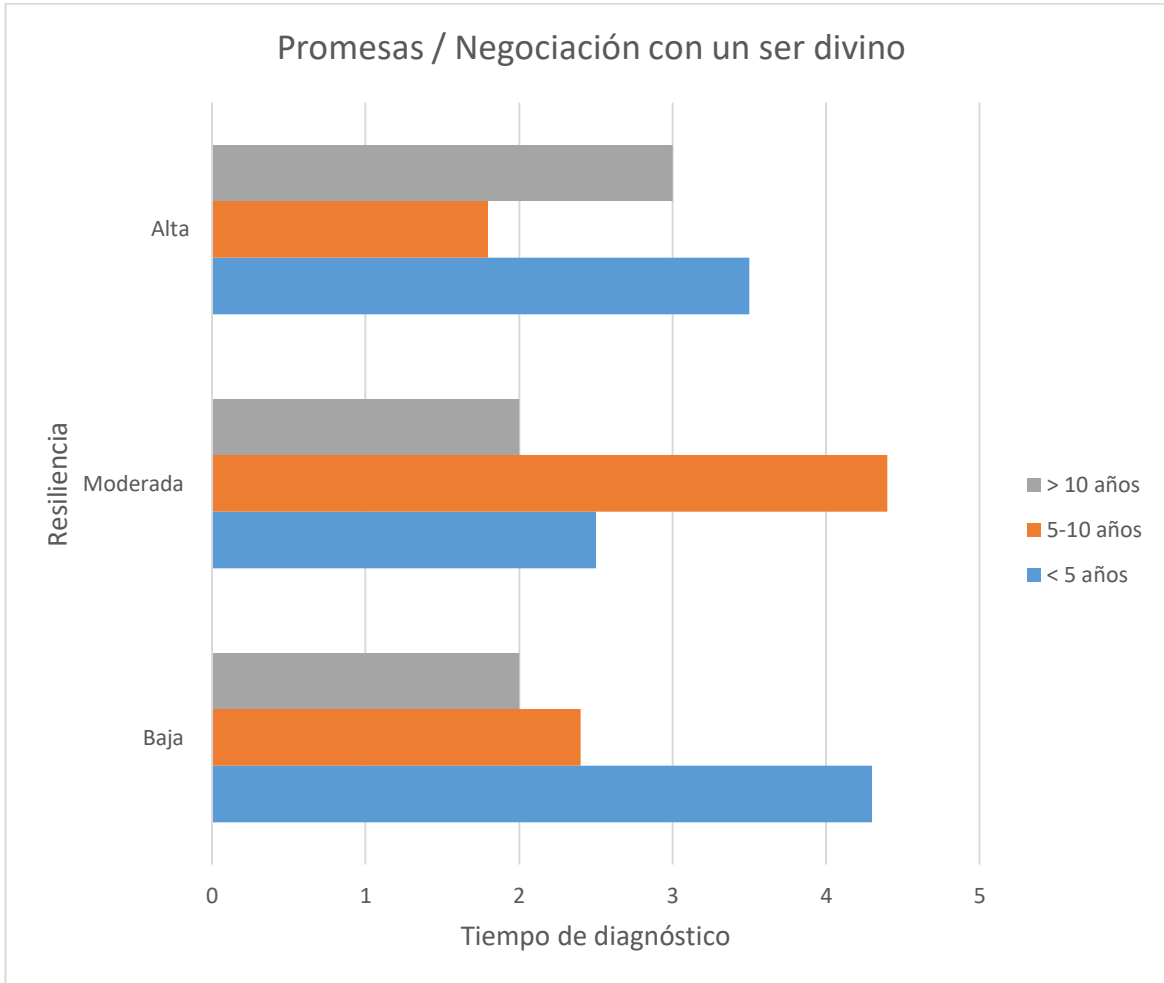
Fuente: Cuadro No. 2

Gráfico No. 2-B
Factores protectores internos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 2

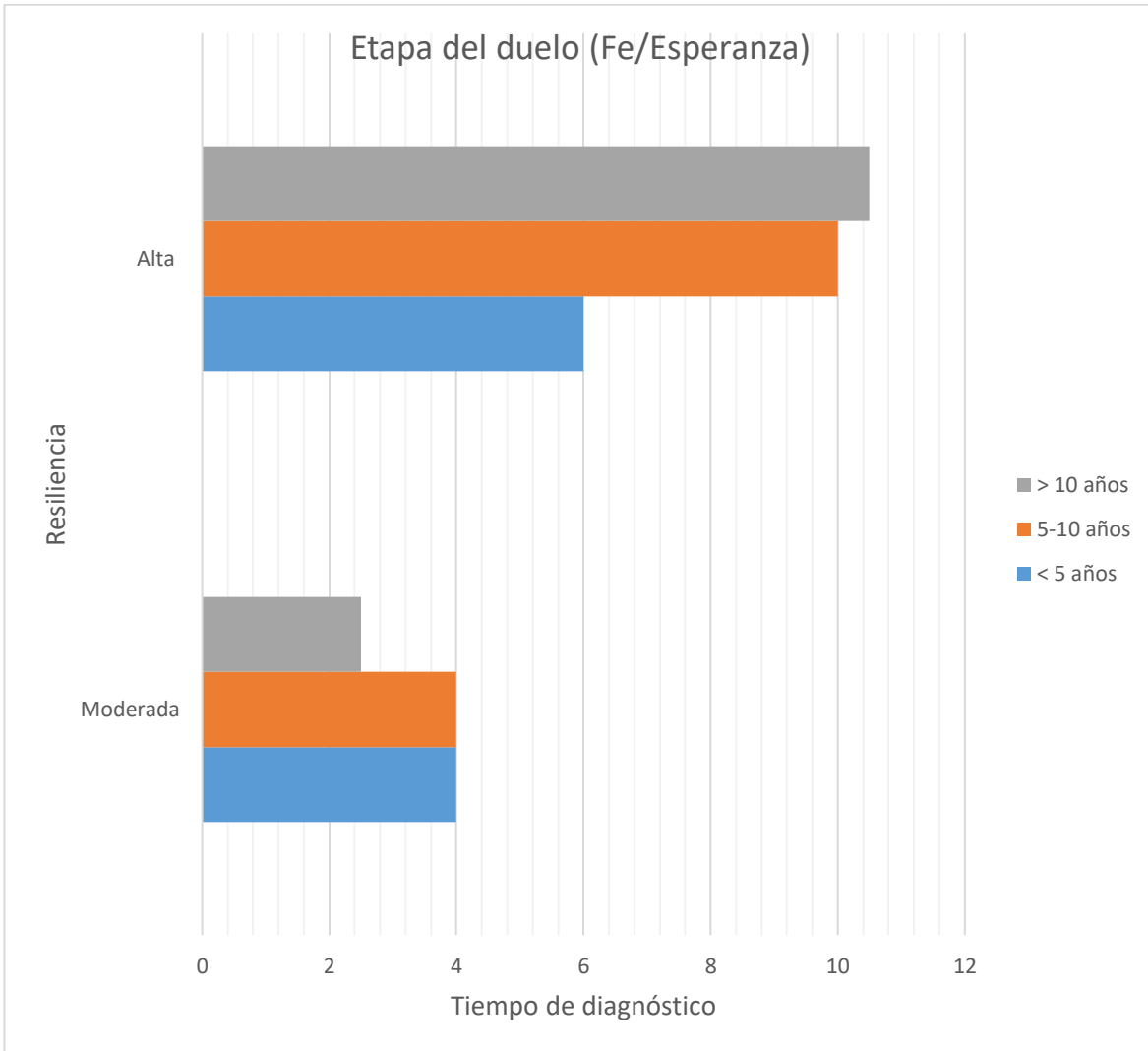
Gráfico No. 2-C
 Factores protectores internos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019.



Fuente: Cuadro No. 2

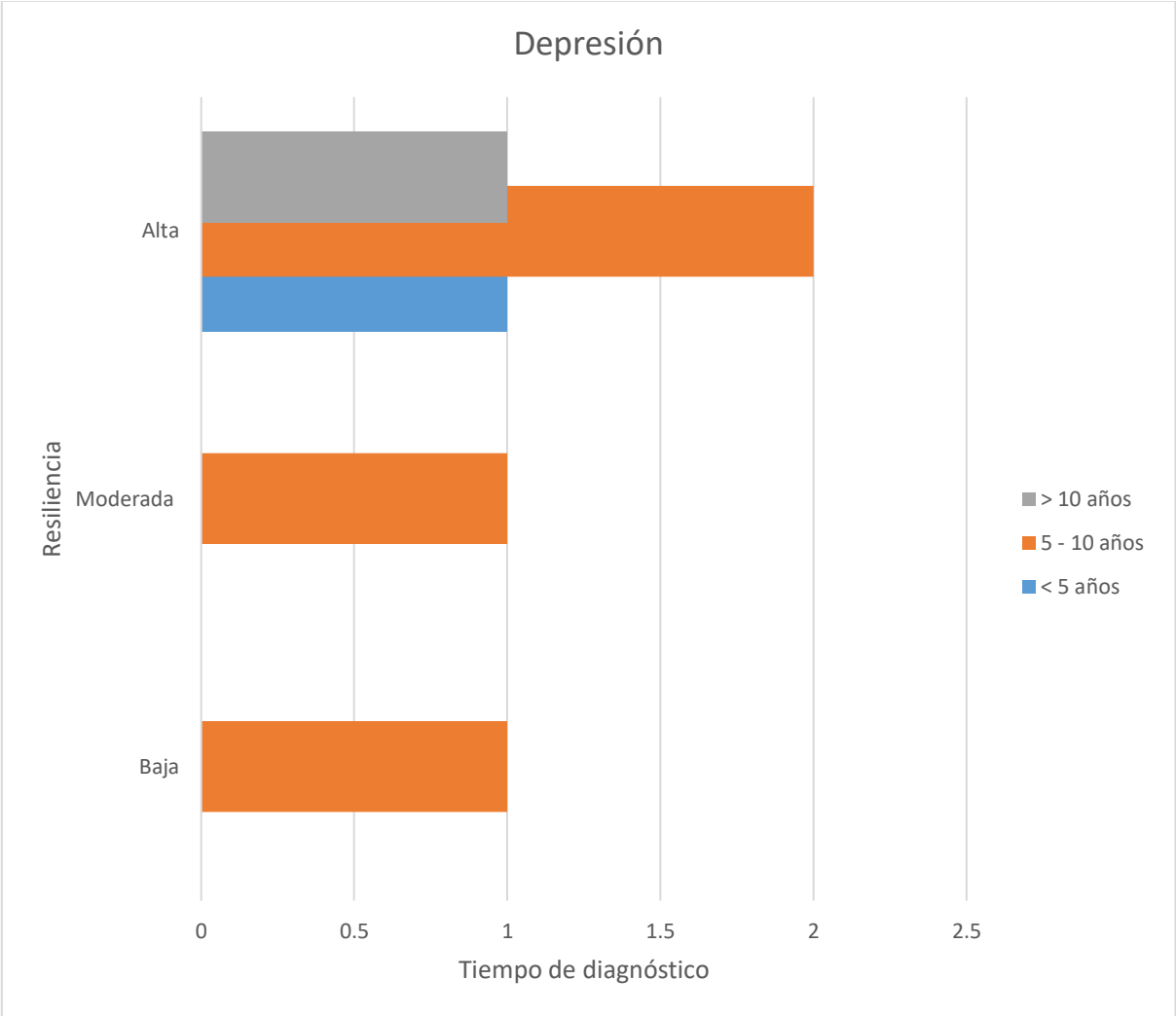
Gráfico No. 2-D

Factores protectores internos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 2

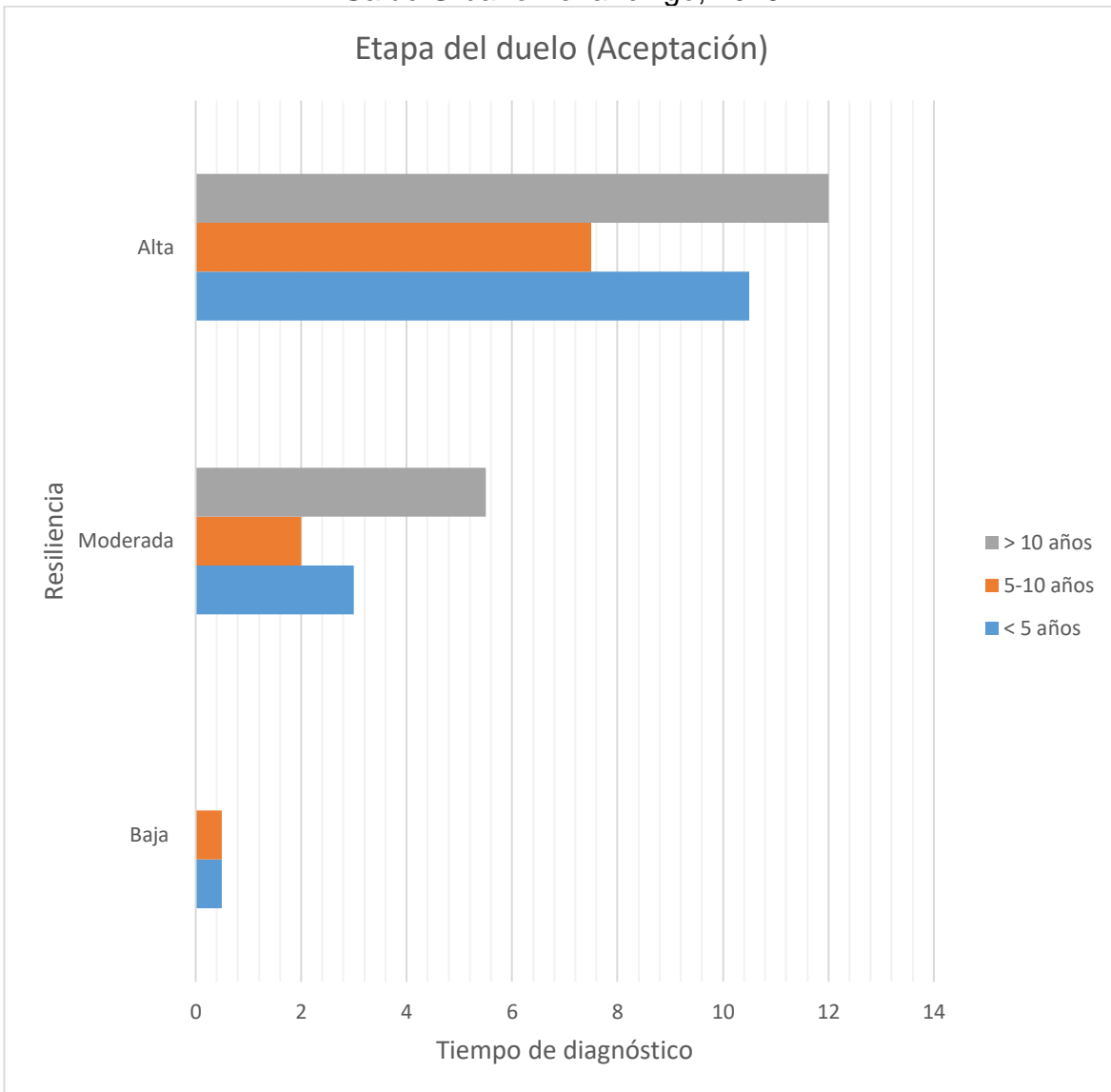
Gráfico No. 2-E
 Factores protectores internos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 2

Gráfico No. 2-F

Factores protectores internos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud,
respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

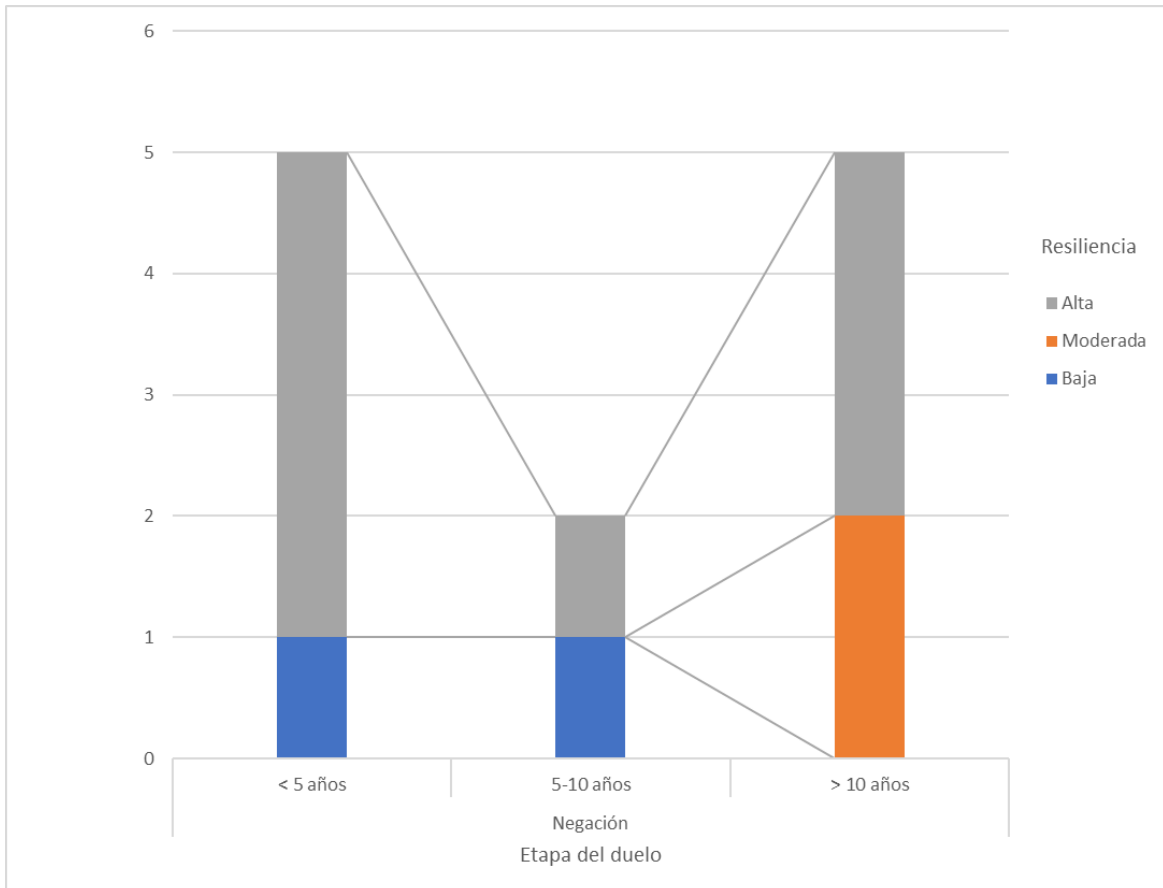
Etapas del duelo ante la pérdida de salud	Negación						Ira						Promesas / Negociación con un ser supremo						Fe / Esperanza						Depresión						Aceptación						Subtotal						Total	
	< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10		< 5		5-10		> 10									
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
Baja	1	0.5	1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5	1	0.5	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0	0	0	0	2	1	2	1	1	0.5	5	2.5	
Moderada	0	0	0	0	2	1	1	0.5	1	0.5	3	1.5	2	1	5	2.5	1	0.5	8	4	8	4	6	3	0	0	2	1	0	0	7	3.5	3	1.5	8	4	18	9	19	9.5	20	10	57	28.5
Alta	4	2	1	0.5	3	1.5	1	0.5	1	0.5	0	0	3	1.5	3	1.5	4	2	12	6	19	9.5	19	9.5	1	0.5	2	1	1	0.5	20	10	17	8.5	27	13.5	41	20.5	43	21.5	54	27	138	69
Total	5	2.5	2	1	5	2.5	2	1	2	1	3	1.5	5	2.5	8	4	5	2.5	20	10	28	14	26	13	1	0.5	4	2	1	0.5	28	14	20	10	35	17.5	61	30.5	64	32	75	37.5	200	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %=Porcentaje, < = Menor que, > = Mayor que.

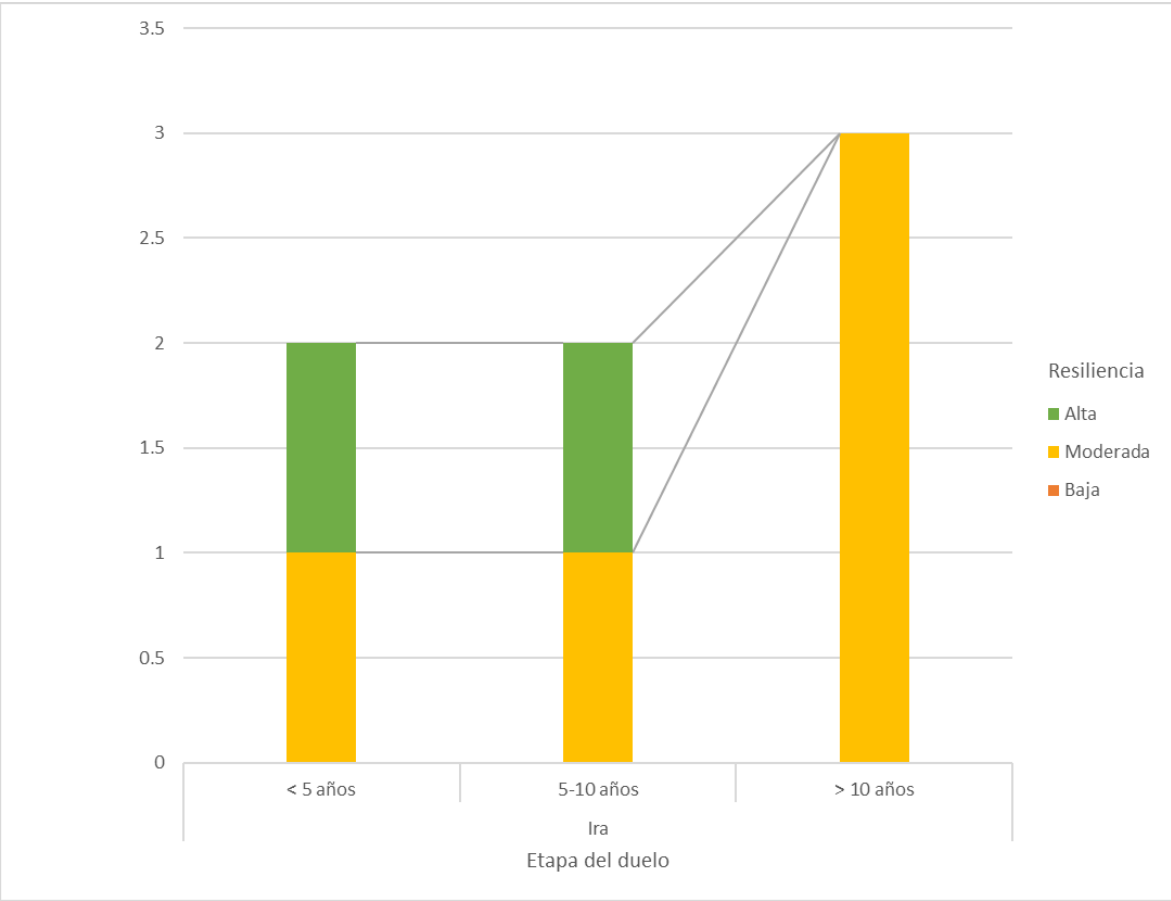
Gráfico No. 3-A

Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



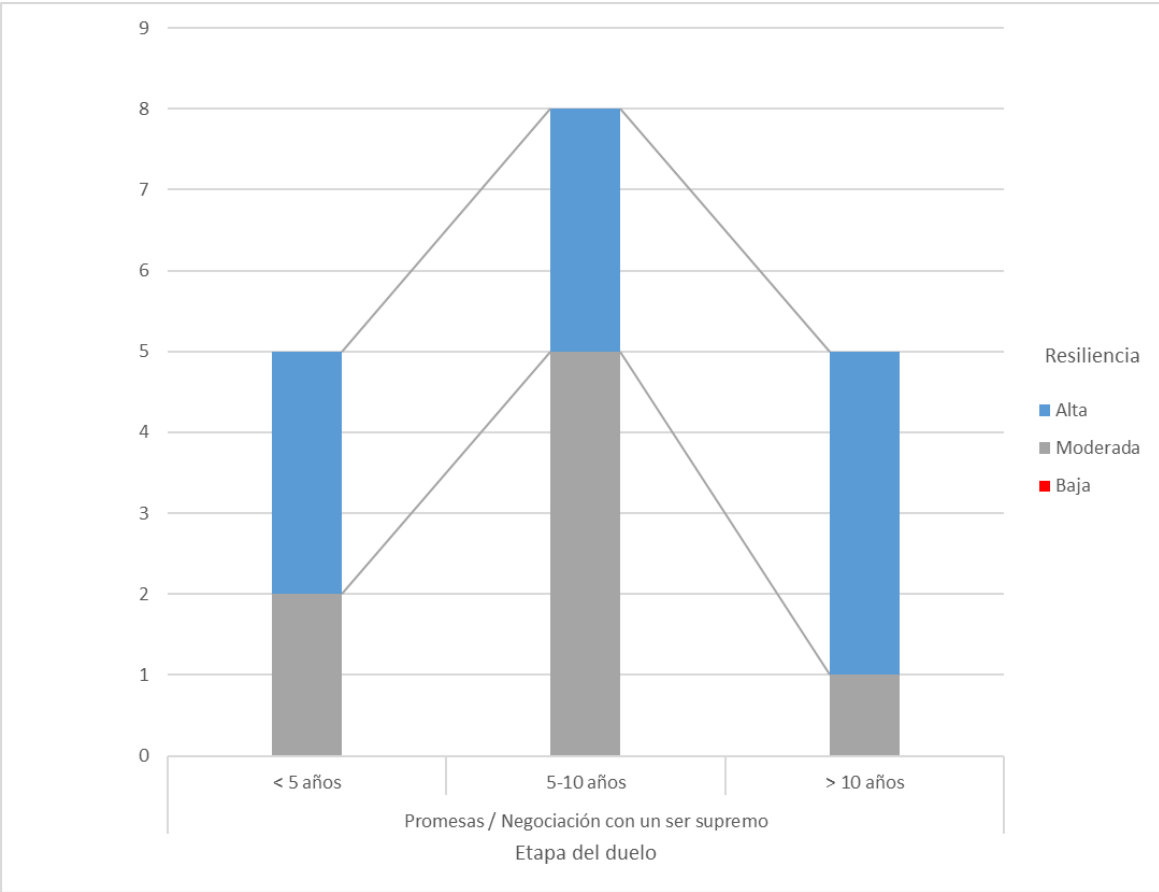
Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico No. 3-B
 Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



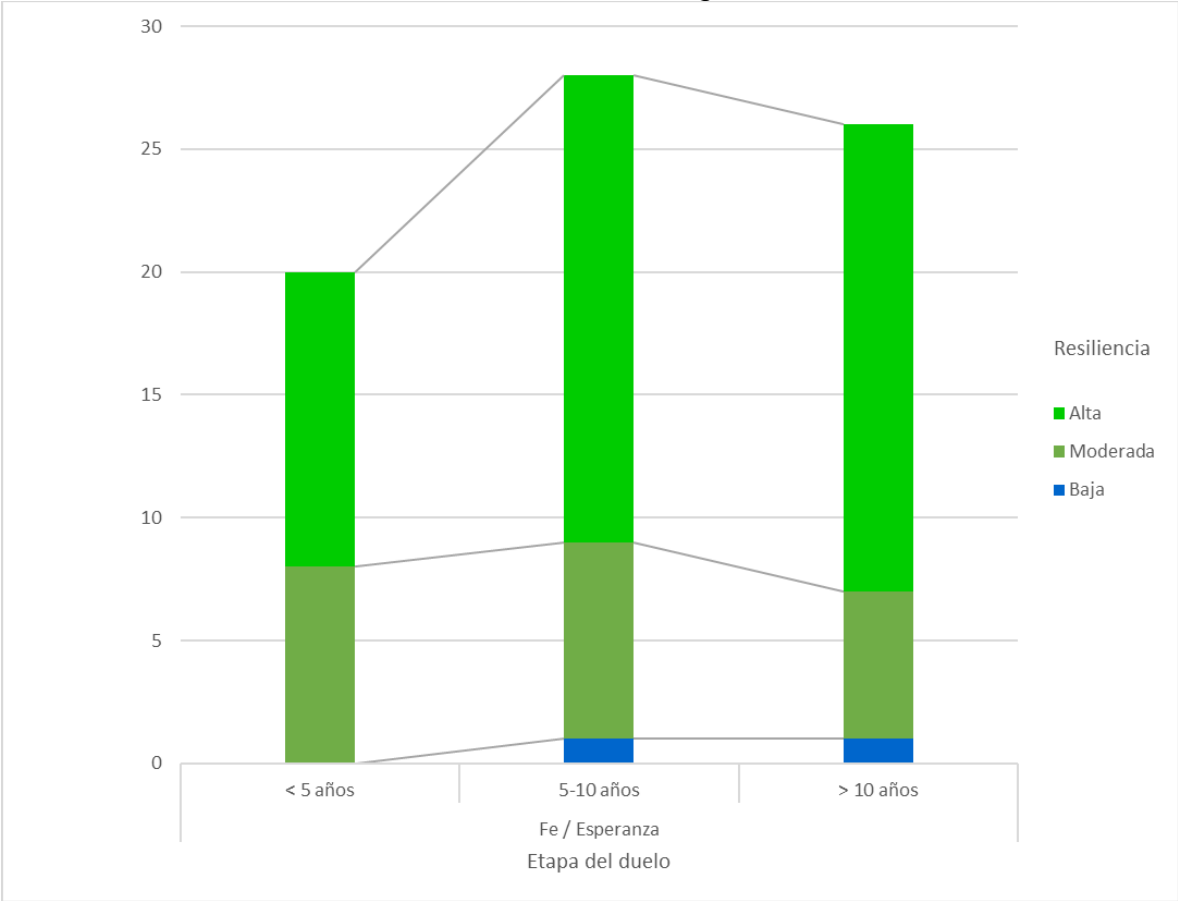
Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico No. 3-C
Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



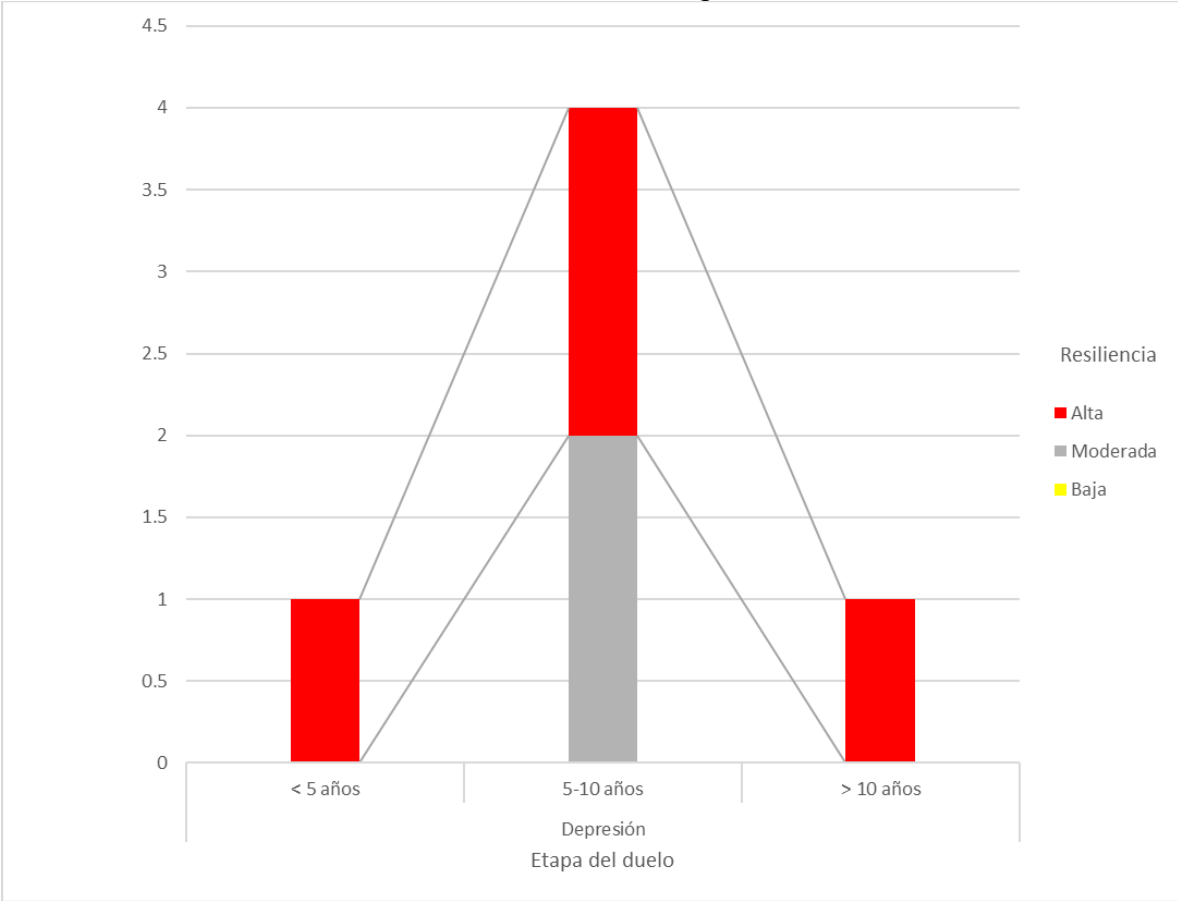
Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico No. 3-D
 Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



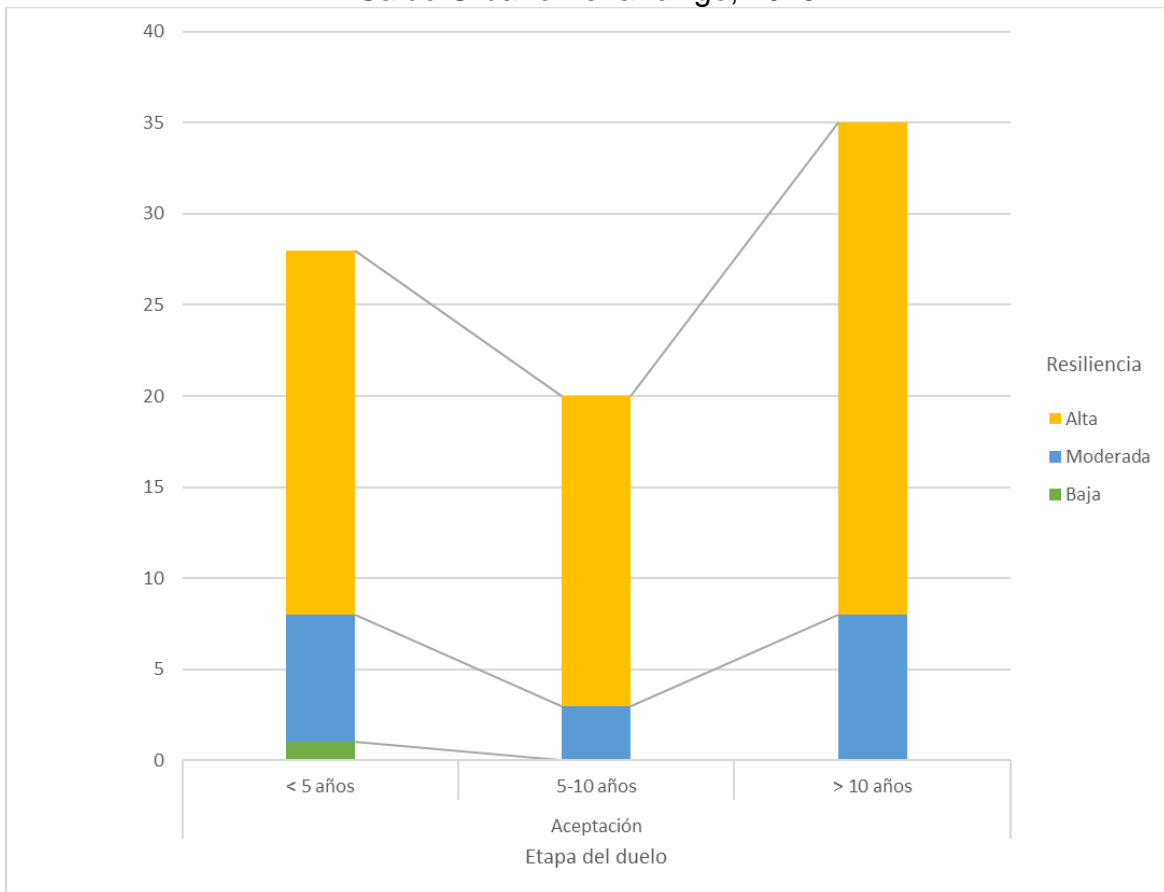
Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico No. 3-E
Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico No. 3-F
 Factores protectores externos de la resiliencia y etapas del duelo ante la pérdida de salud, respecto al tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro No. 4

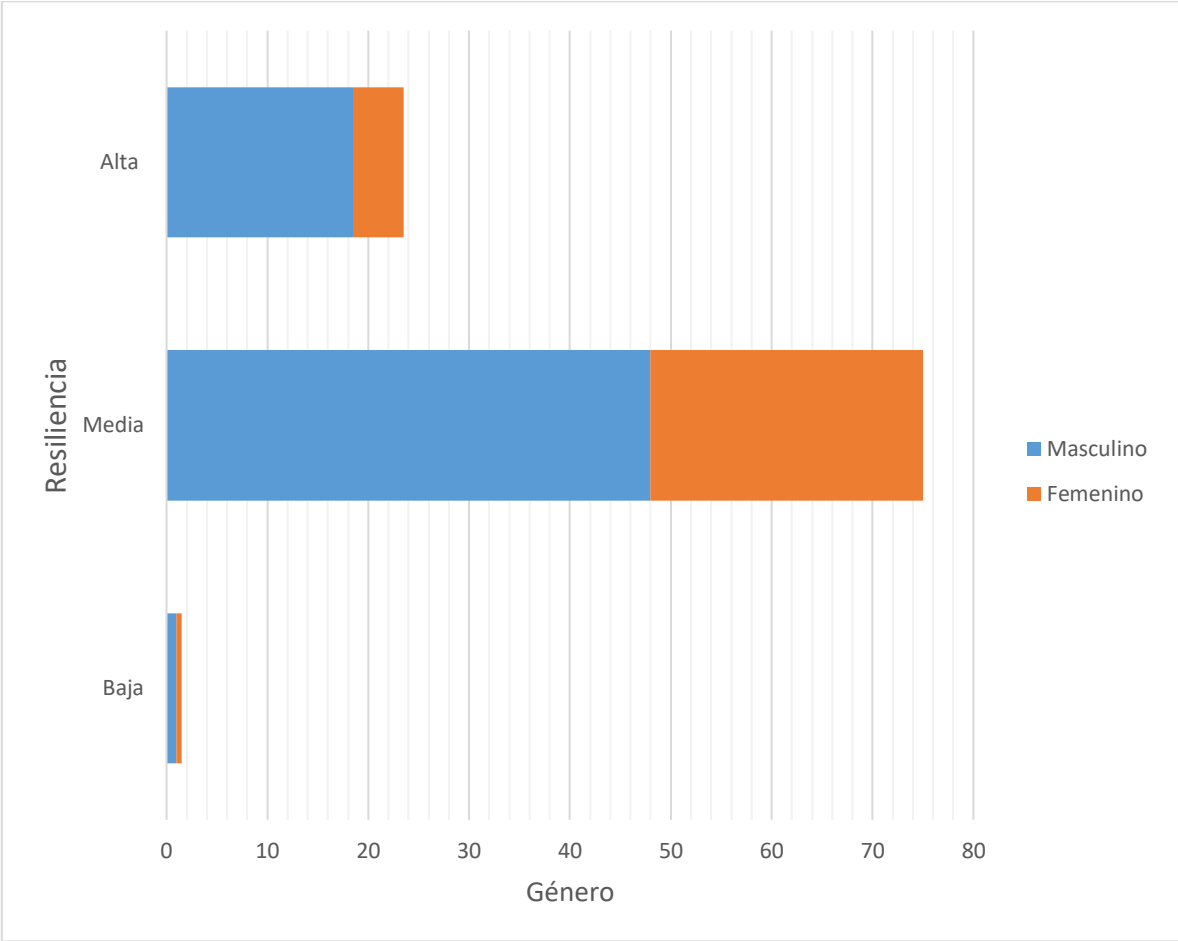
Resiliencia y género,
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Género Resiliencia	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Baja	2	1.0	1	0.5	3	1.5
Moderada	96	48	54	27.0	150	75
Alta	37	18.5	10	5.0	47	23.5
Total	135	67.5	65	32.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 4
Resiliencia y género, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

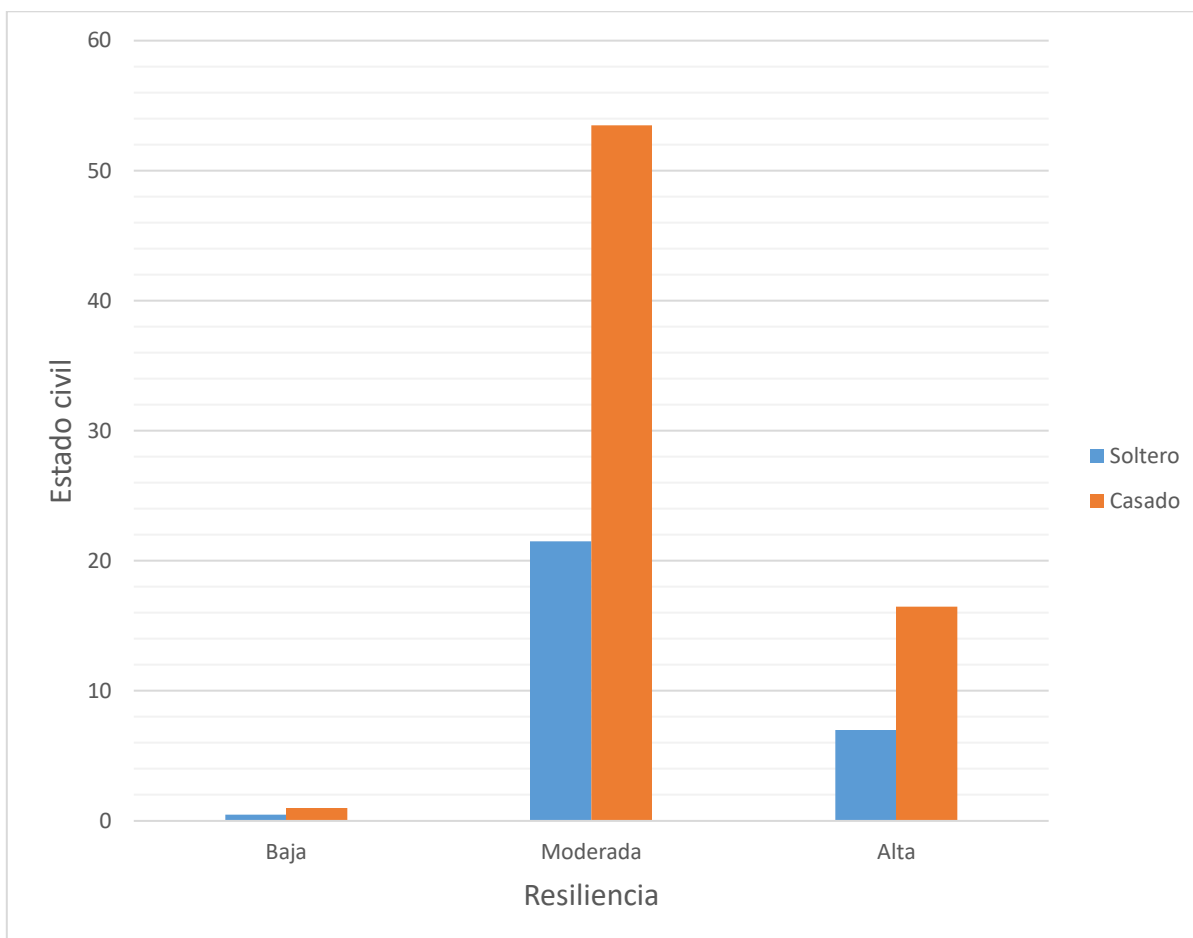
Resiliencia y estado civil,
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Estado civil Resiliencia	Soltero		Casado		Total	
	F	%	F	%	F	%
Baja	1	0.5	2	1.0	3	1.5
Moderada	43	21.5	107	53.5	150	75.0
Alta	14	7.0	33	16.5	47	23.5
Total	58	29.0	142	71.0	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 5
Resiliencia y estado civil,
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

Duelo ante la pérdida de salud y el género,
en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

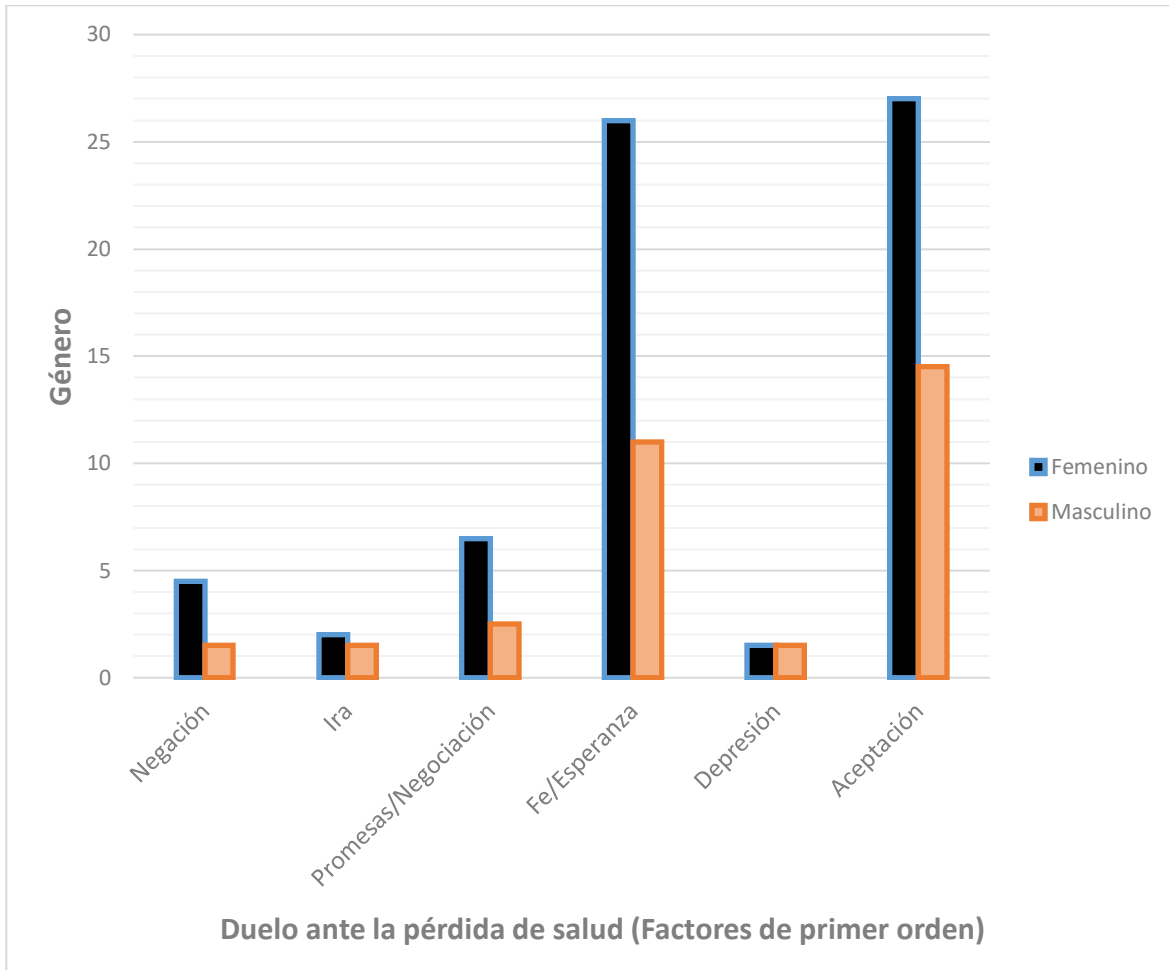
Duelo ante la pérdida de salud (Factores de primer orden)	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Negación	9	4.5	3	1.5	12	6.0
Ira	4	2.0	3	1.5	7	3.5
Promesas/Negociación con un ser supremo	13	6.5	5	2.5	18	9.0
Fe/Esperanza	52	26.0	22	11.0	74	37.0
Depresión	3	1.5	3	1.5	6	3.0
Aceptación	54	27.0	29	14.5	83	41.5
Total	135	67.5	65	32.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Prueba estadística: Chi-cuadrado = 2.155, grados de libertad = 5, significancia exacta unilateral = 0.827

Gráfico No. 6
 Duelo ante la pérdida de salud y género, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

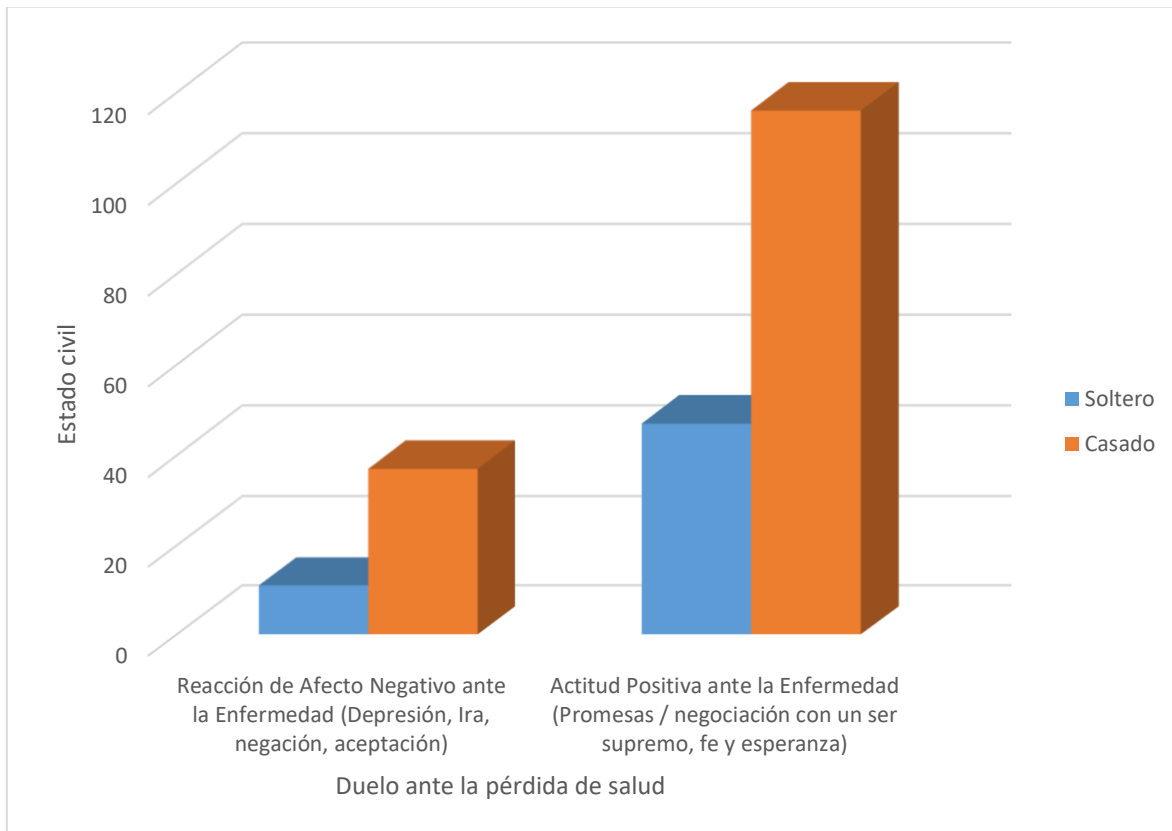
Duelo ante la pérdida de salud y estado civil,
en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Duelo ante la pérdida de salud (Factores de segundo orden)	Estado civil	Soltero		Casado		Total	
		F	%	F	%	F	%
Reacción de Afecto Negativo ante la Enfermedad (Depresión, Ira, negación, aceptación)		11	5.5	26	13.0	37	18.5
Actitud Positiva ante la Enfermedad (Promesas / negociación con un ser supremo, fe y esperanza)		47	23.5	116	58.0	163	81.5
Total		58	29.0	142	71.0	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 7
 Duelo ante la pérdida de salud y estado civil, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

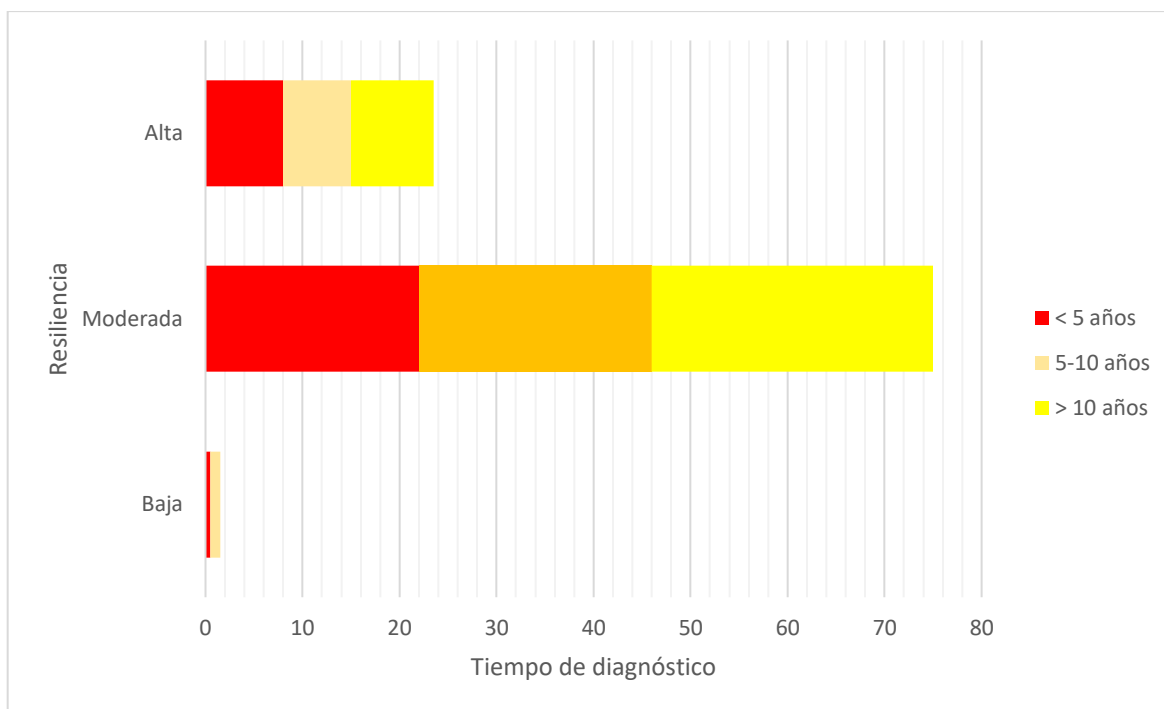
Resiliencia y tiempo de diagnóstico en años,
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Tiempo de diagnóstico (años)	< 5		5-10		> 10		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Resiliencia								
Baja	1	0.5	2	1.0	0	0	3	1.5
Moderada	44	22.0	48	24.0	58	29.0	150	75.0
Alta	16	8.0	14	7.0	17	8.5	47	23.5
Total	61	30.5	64	32.0	75	37.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 8
Resiliencia y tiempo de diagnóstico,
en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

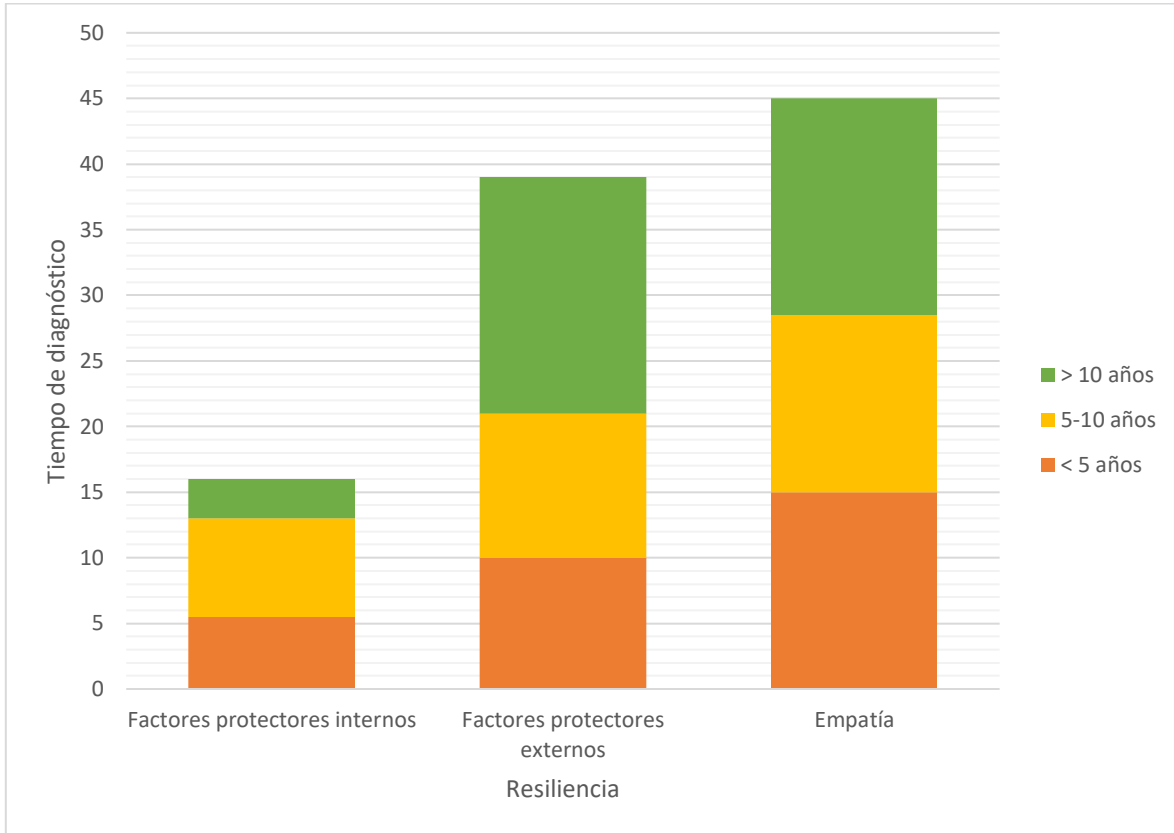
Resiliencia y
 tiempo de diagnóstico en años,
 de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Tiempo de diagnóstico (años)	< 5		5-10		> 10		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Resiliencia								
Factores protectores internos	11	5.5	15	7.5	6	3.0	32	16.0
Factores protectores externos	20	10.0	22	11.0	36	18.0	78	39.0
Empatía	30	15.0	27	13.5	33	16.5	90	45.0
Total	61	30.5	64	32.0	75	37.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 9
 Factores protectores de la resiliencia y tiempo de diagnóstico,
 de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

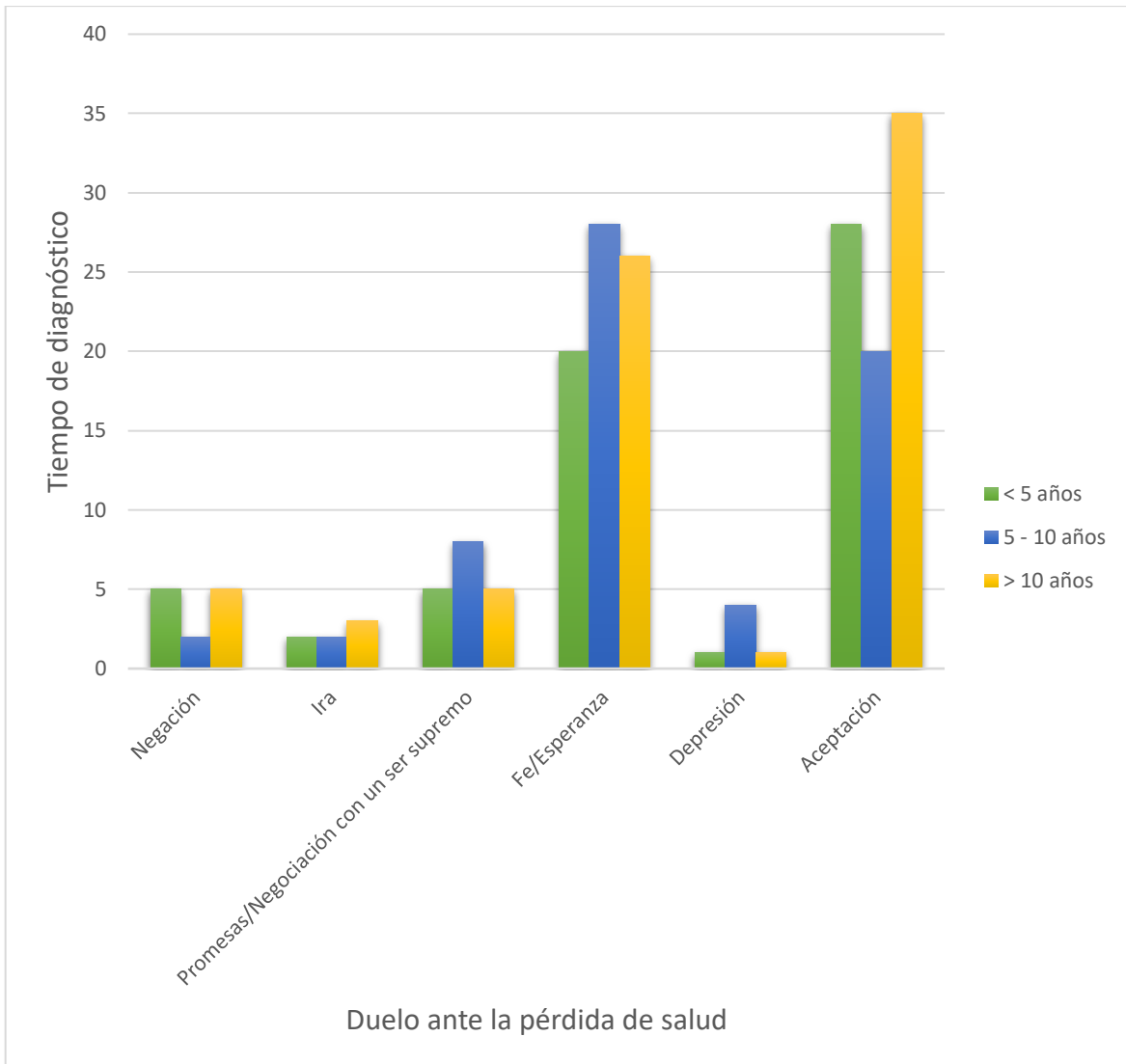
Duelo y tiempo de diagnóstico en años,
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Tiempo de Diagnóstico (años)	< 5		5-10		> 10		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Duelo ante la pérdida de salud (Factores de primer orden)								
Negación	5	2.5	2	1.0	5	2.5	12	6.0
Ira	2	1.0	2	1.0	3	1.5	7	3.5
Promesas/Negociación con un ser supremo	5	2.5	8	4.0	5	2.5	18	9.0
Fe/Esperanza	20	10.0	28	14.0	26	13.0	74	37.0
Depresión	1	0.5	4	2.0	1	0.5	6	3.0
Aceptación	28	14.0	20	10.0	35	17.5	83	41.5
Total	61	30.5	64	32.0	75	37.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 10
 Duelo y tiempo de diagnóstico,
 de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

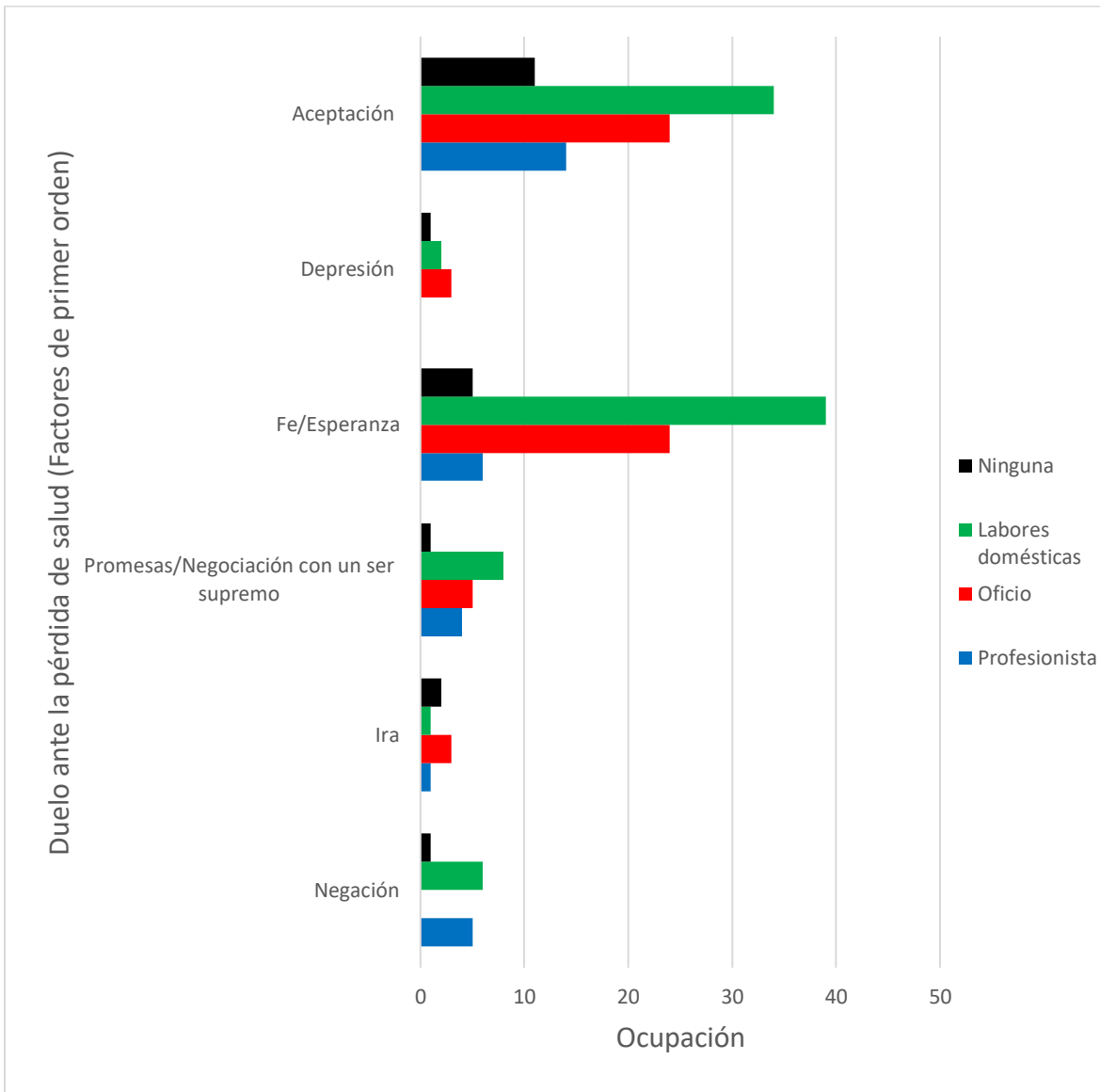
Duelo y ocupación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Duelo ante la pérdida de salud (Factores de primer orden)	Profesionista		Oficio		Labores domésticas		Ninguna		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Negación	5	2.5	0	0.0	6	3.0	1	0.5	12	6.0
Ira	1	0.5	3	1.5	1	0.5	2	1.0	7	3.5
Promesas/Negociación con un ser supremo	4	2.0	5	2.5	8	4.0	1	0.5	18	9.0
Fe/Esperanza	6	3.0	24	12.0	39	19.5	5	2.5	74	37.0
Depresión	0	0.0	3	1.5	2	1.0	1	0.5	6	3.0
Aceptación	14	7.0	24	12.0	34	17.0	11	5.5	83	41.5
Total	30	15.0	59	29.5	90	45.0	21	10.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 11
 Duelo y ocupación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

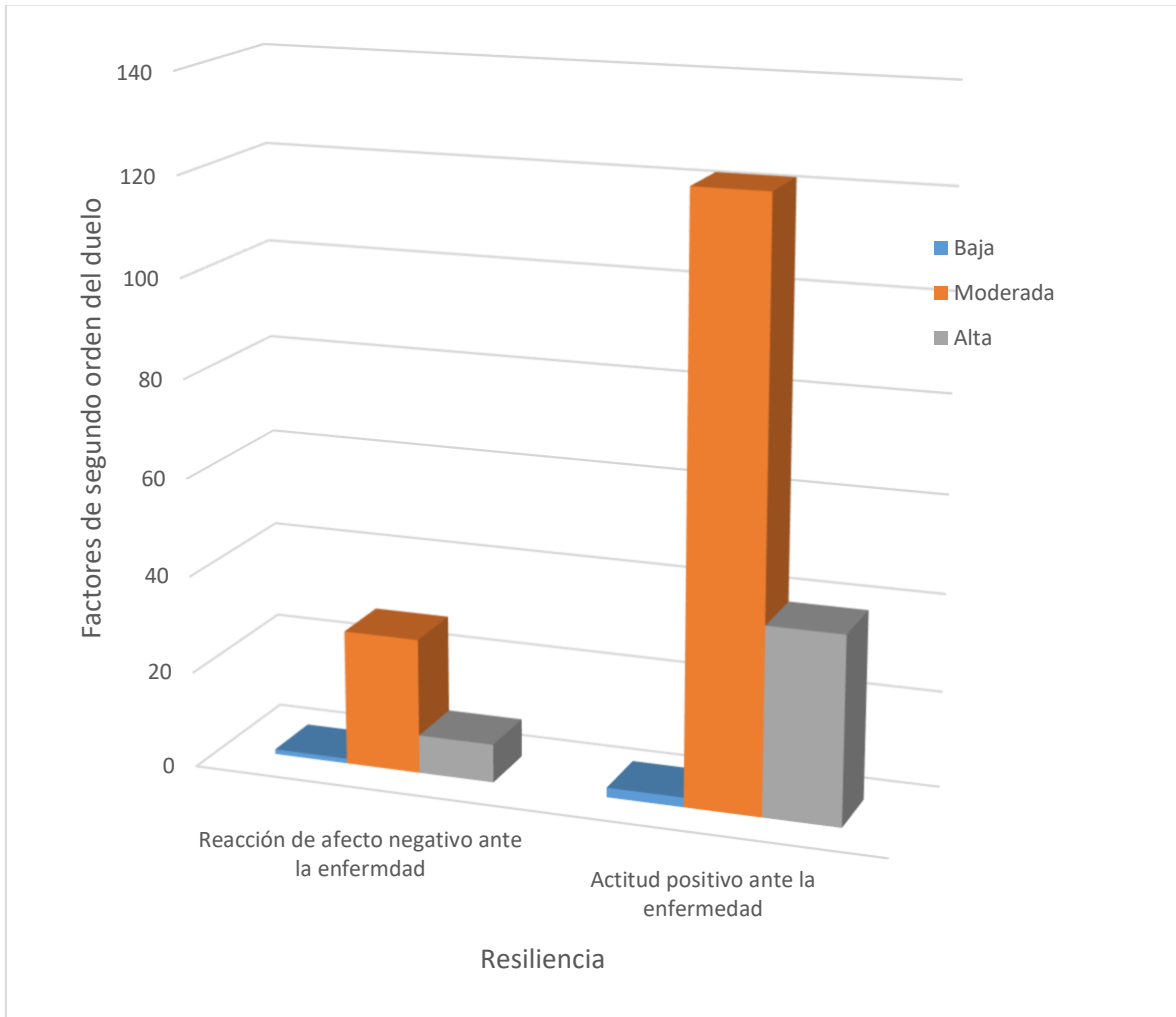
Factores de segundo orden del duelo y resiliencia
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Factores de segundo orden del duelo \ Resiliencia	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Reacción de afecto negativo ante la enfermedad	1	0.5	28	14.0	8	4.0	37	18.5
Actitud positiva ante la enfermedad	2	1.0	122	61.0	39	19.5	163	81.5
Total	3	1.5	150	75.0	47	23.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 12
 Factores de segundo orden del duelo y resiliencia
 de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
 Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 12

Cuadro No. 13

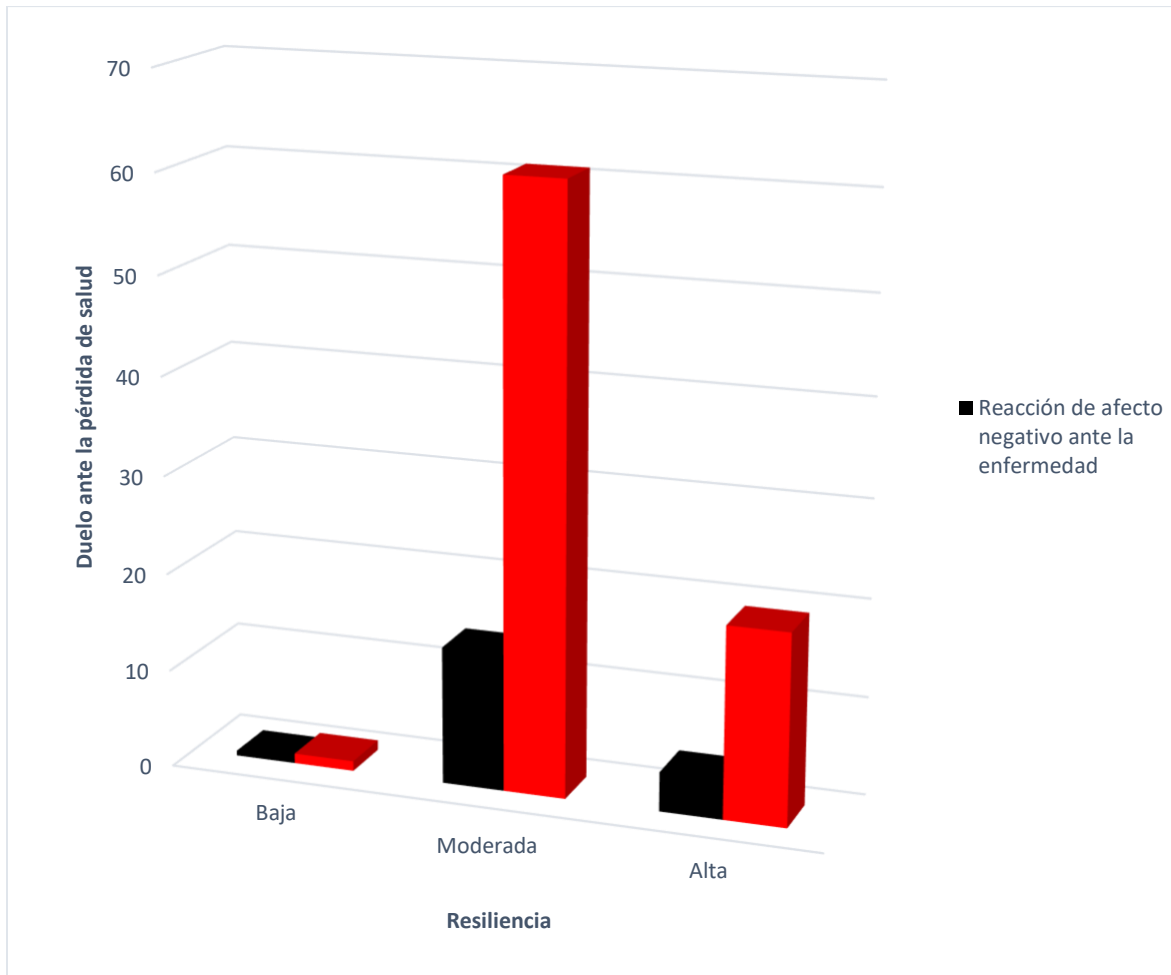
Resiliencia y factores de segundo orden del duelo
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Factores de segundo orden del duelo Resiliencia	Reacción de afecto negativo ante la enfermedad		Actitud positiva ante la enfermedad		Total	
	F	%	F	%	F	%
Baja	1	0.5	2	1.0	3	1.5
Moderada	28	14.0	122	61.0	150	75.0
Alta	8	4.0	39	19.5	47	23.5
Total	37	18.5	163	81.5	200	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 13
Resiliencia y factores de segundo orden del duelo
de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2,
Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No. 14

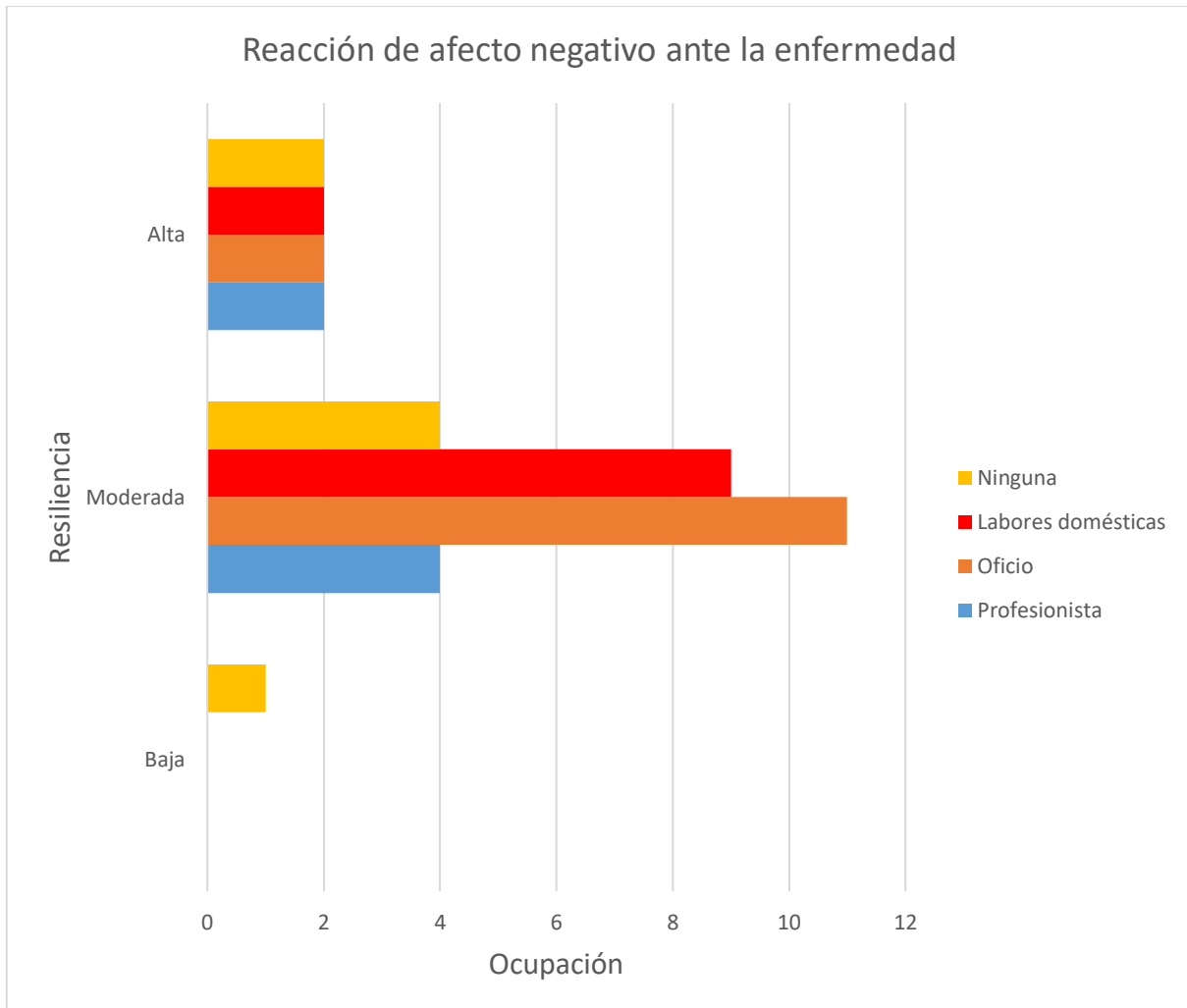
Resiliencia y factores de segundo orden del duelo, en relación con la ocupación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019

Factores de segundo orden del duelo	Reacción de afecto negativo ante la enfermedad								Actitud positiva ante la enfermedad								Total	
	Profesionista		Oficio		Labores domésticas		Ninguna		Profesionista		Oficio		Labores domésticas		Ninguna			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Baja	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0	0	1	0.5	1	0.5	0	0	3	1.5
Moderada	4	2	11	5.5	9	4.5	4	2	17	8.5	38	19	56	28	11	5.5	150	75
Alta	2	1	2	1	2	1	2	1	7	3.5	7	3.5	22	11	3	1.5	47	23.5
Total	6	3	13	6.5	11	5.5	7	3.5	24	12	46	23	79	39.5	14	7	200	100

Fuente: Concentrado de datos

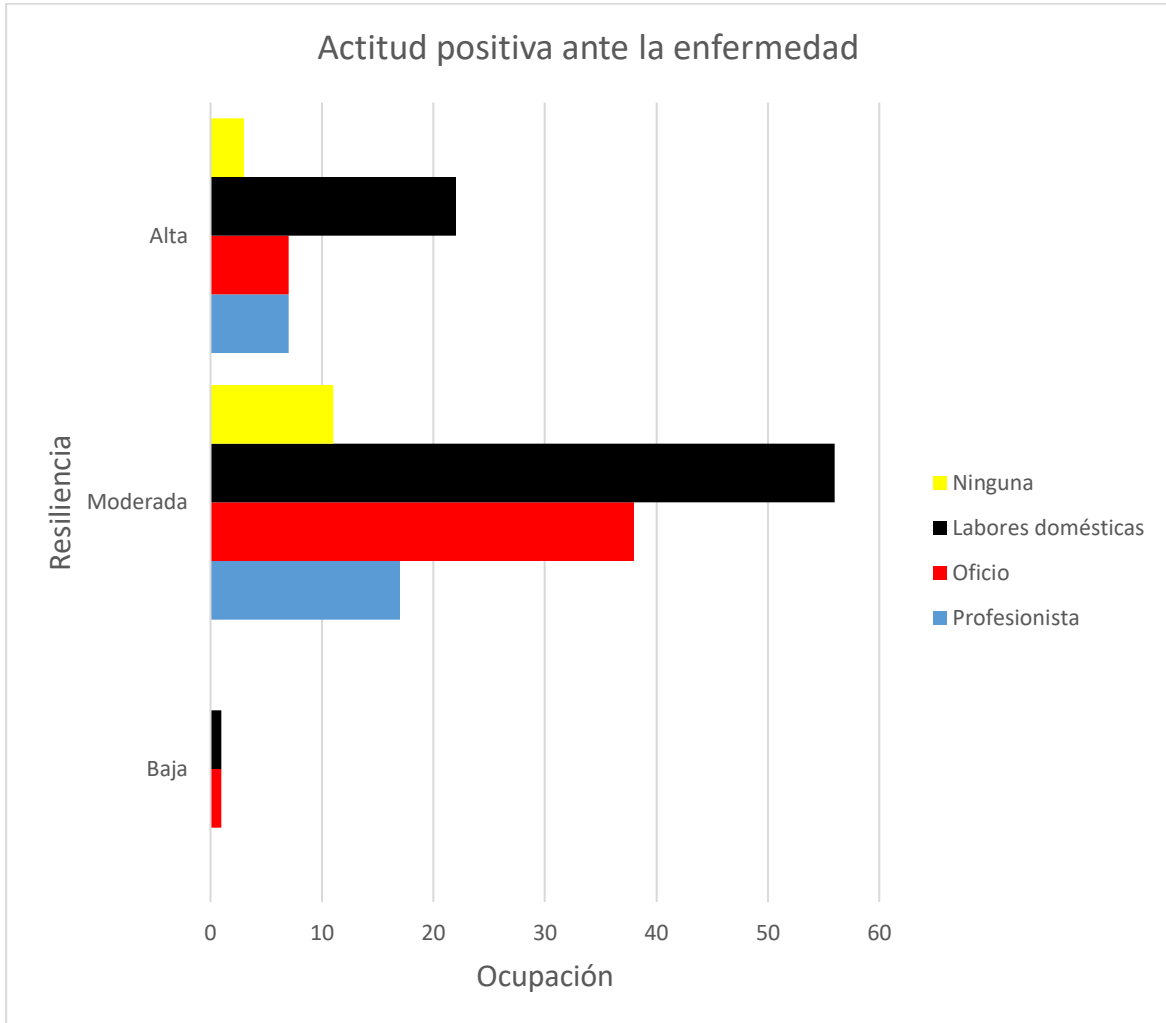
Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Gráfico No. 14-A
 Resiliencia y factores de segundo orden del duelo, en relación con la ocupación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 14

Gráfico No. 14-B
 Resiliencia y factores de segundo orden del duelo, en relación con la ocupación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019



Fuente: Cuadro No. 14

XI. CONCLUSIONES

La población estudiada en la presente investigación comprendió un total de 200 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y que durante el año 2019 fueron atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo. A todos se les aplicaron los instrumentos psicométricos implementados para analizar la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud; con lo que se identificó que el 75.0% de estos pacientes refirieron tener resiliencia moderada, mismos que se caracterizaron en un 61.0% con una actitud positiva ante la enfermedad, como respuesta al duelo ante la pérdida de salud. Sin embargo, al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada (χ^2), no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud.

La actitud positiva ante la enfermedad, del duelo ante la pérdida de salud, se fundamentó con predominio de las etapas Fe/Esperanza y Aceptación de la enfermedad; los pacientes se refirieron a la enfermedad, a los cuidados de implica, la mejoría y cuidados de otros, como una prueba por parte de un ser supremo; percepción que facilitó la aceptación de la enfermedad, la aceptación del tratamiento; aunque no así el cambio de conducta en su estilo de vida (alimentaria principalmente).

La resiliencia moderada, fundamentada en los factores protectores externos y empatía, donde el 84% de la unidad de observación manifestó sentirse bien ayudando a otros, al bien social; sin embargo, se demuestra que los factores protectores internos, que son los que describen la autorresponsabilidad, autogestión y autocontrol personal, son el área más vulnerable pero que más allá de atribuir esa percepción individual a la Diabetes Mellitus, demuestra que la esfera emocional individual para afrontar, solucionar problemas y principalmente la toma de decisiones es el eslabón más débil en este grupo de estudio; generando que el proceso de resiliencia media y alta.

El tiempo de diagnóstico y ocupación no demostraron un aporte significativo en alcanzar nivel de resiliencia alto, pues atribuyen la condición de salud y sus cambios en el estilo de vida a un ser divino, enfocándolo como una prueba que un ser superior le otorga a la persona. La oración es la acción para denotar fe y esperanza, y esta a su vez la utilizan como una herramienta en la adaptación en el estilo de vida con Diabetes Mellitus tipo 2.

La resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, son procesos que se complementan, donde su progreso depende de las habilidades individuales de cada persona, su concepción de cuidado y el grado de responsabilidad en las propias decisiones, es lo que favorece la aceptación de duelo y por consecuencia una resiliencia alta.

La capacidad cognitiva de resistencia al estrés, al cambio y a la flexibilidad de pensamiento que cada haya desarrollado ante situaciones idealizadas, o con perspectivas altas.

La empatía por la situación personal, es otro elemento resultante de un adecuado afrontamiento de las situaciones de estrés, no esperadas o bien que rompen la expectativa de vida y condición de salud planteada.

Las habilidades cognitivas como herramienta para el desarrollo de resiliencia, es un elemento que interviene tanto el proceso de duelo ante la pérdida de salud y que son poco atendidas desde el enfoque de la salud mental, el autodesarrollo o autogestión.

Las condiciones laborales, del entorno social comprendidas como redes de apoyo, las habilidades sociales favorecen la empatía hacia otros, sin embargo, la personal queda de lado.

Concebirse vulnerable, es uno de los elementos básicos para la autogestión de resiliencia desde los factores protectores internos, esa experiencia de sensaciones de estrés o de pérdida de control de las situaciones, requiere un entrenamiento personal y que se favorece del entorno social, actualmente juega un papel importante la imagen de un ser supremo para el afrontamiento y aceptación de las condiciones de salud o de las condiciones de vida estresantes a las que se debe enfrentar cada persona en su vida diaria.

XII. RECOMENDACIONES

La presente investigación identificó áreas de oportunidad en tres elementos de la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2, como intervención en salud mental:

1. Las habilidades cognitivas de autogestión personal del paciente
2. Las habilidades de intervención en salud mental por parte del personal de salud
3. El proceso de atención médica y paramédica del sistema de salud

Dada la escasa investigación en el área de salud mental y tanatología, realizar mas estudios de las respuestas psicológicas ante situaciones que modifican el estilo de vida de pacientes, donde se enfoque en las habilidades cognitivas de autocontrol personal y afrontamiento de situaciones que modifiquen el estilo de vida, considerando grupos con diferente grado académico (licenciatura y educación básica).

Así mismo el estudio de la influencia de grupos religiosos como red de apoyo, para el afrontamiento del duelo ante la pérdida de salud y de la aceptación de la enfermedad, donde se identifique la concepción de un ser supremo hacia las condiciones de salud y su afrontamiento a las adversidades o la falta de cumplimiento de las expectativas personales sobre la concepción de salud y enfermedad; con un enfoque hacia profesionales de de la salud que atienden pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

En relación a las habilidades cognitivas, rediseñar la atención de grupos de ayuda mutua, donde se incluyan temas e intervenciones de salud mental, fomento de habilidades personales de autogestión, autocontrol y autodesarrollo personal, enfocadas en estima e independencia afectiva. Ya que la perseverancia en el tratamiento y afrontamiento de las enfermedades es un elemento que apoyan en factores protectores externos.

El personal de salud es un grupo potencial de estudio en salud mental, con un enfoque de empatía a la situación de estrés que el paciente iniciará a vivir. Otorgar una atención con elementos de fomento de salud mental, herramientas que no solo favorecen el proceso de atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, sino incrementaría la calidad de la atención al usuario en todas sus formas; pues la inestabilidad emocional rompe la concepción de salud que también el profesional de salud debe cuidar.

Referente a la atención en salud del sistema público actual, se propone contemplar una interacción entre los diferentes servicios (psicología, odontología, nutrición, promotores de salud y área médica) donde compartan las intervenciones con enfoque de desarrollo de habilidades emocionales, para el favorecimiento de un estilo de vida con base en el autocuidado y la autorresponsabilidad.

El área de salud mental es la oportunidad que se tiene en la actualidad para mejorar la calidad de la atención, rediseño de intervenciones en salud, desarrollar las habilidades necesarias para lograr la cultura de autocuidado de la salud, interviniendo en la responsabilidad personal.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arciniega U. J. La resiliencia . Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. Rev Psicodidáctica. 2005;10(2):pp 61–80.
2. Brisa MC, Lino PC. Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? Salud Ment [Internet]. 2011;34(3):237–46. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300007&lang=pt
3. García C. J., Gacía C. A., López S. C. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. Salud Drogas. 2016;16(1):59–68.
4. Camacho D, Portillo V, Martínez PD. Tipos y puntajes de resiliencia en hombres y mujeres en el norte de México. Enseñanza e Investig en Psicol [Internet]. 2015;20 (2):184–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242799008>
5. Fernandes A. L., Bermúdez M de la P. Resiliencia en adultos: una revisión teórica. Ter psicológica [Internet]. 2015;33(3):257–76. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. López JAP. A critical analysis of the concept of resilience in psychology. An Psicol / Ann Psychol [Internet]. 2015;31(3):751–8. Available from: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/185631>
7. Araújo LF, de la Paz Bermúdez M, Teva I. Resiliencia en adultos: Una revisión teórica. Ter Psicol [Internet]. 2015;33(3):257–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009>
8. Palomar J. Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). Interdisciplinaria. 2010 (27). pp 8-9.
9. García L, Machado N, Reynaldo U, Leiva N. Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama Modulating Factors of Resilience in Patients Diagnosed with Breast. Finlay. 2017;
10. Torres C. Z. Resiliencia Y Estilos De Afrontamiento En Adultos Con Diabetes Tipo Ii. 2015; Available from: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66597>

11. Meza D. E.G., García S, Torres G. A. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* Volumen 13, Núm. 1, enero-marzo. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2008;13(1):28–31. Available from: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
12. Pool G. R., Moreno N.E., Ojeda V., Olvera V. Labor tanatológica de enfermería en el nivel de frustración de personas con diabetes mellitus tipo 2 TT - Nursing thanatological activity effect on the levels of frustration in the persons with type 2 diabetes mellitus TT - O trabalho tanatológico de en. *Enferm univ* [Internet]. 2015;12(4):188–96. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000400188
13. Rodríguez M., López D., Ortiz A. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico Stages of grief in diabetes and metabolic control. *Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(5):546–51.
14. Gil F, Breitbart W. Psicoterapia Centrada En El Sentido: “Vivir Con Sentido.” *Psicooncología.* 2015;12(1):19–38.
15. Juliá BG, Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, Diagnóstico Y Tratamiento Bereavement: Assessment, Diagnosis and Treatment. *Psicooncología* [Internet]. 2008;5:103–16. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130103A/15522>
16. Olivares F. Vargas V. Hurtado A. Cómo viven las madres el proceso de duelo ante el nacimiento de un hijo con discapacidad. *Tesina Monográfica. UAEMex Zumpango.* 2014. pp 13-15.
17. Massa E. Duelo patológico, tratamiento con psicoterapia narrativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2017;20(1):321-336.
18. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. D. Of la Fed. 2010;
19. Arredondo López, Abel A., Barquera Cervera, Simón. Cisneros González N et. a. ASUMIENDO EL CONTROL DE LA DIABETES MEXICO 2016. *Fundacion Mídete.* 2016;2–62.

20. Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Rev Endocrinol Nutr.* 2013;21(3):98-106. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49222>
21. Social IM del S. Guía de práctica clínica: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. *Bone.* 2014. 339-356 p.
22. Nacional De Neurología I, Velasco Suárez NM. Reglamento para Investigación Clínica a Dirección de Investigación. 2017; Available from: http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/investigacion/reglamento_inv_clinica.pdf.
23. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación* 2012.
24. Fínez M., Morán C., Urchaga J. Resiliencia psicológica a través de la edad y el sexo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología.* 2019; 1(3): pp: 85-94.
25. Flórez N., Sánchez R. Optimismo, resiliencia, sentido del humor y la salud de personas con pareja. *Pensando Psicología.* 2019; 15(26): pp 1-24.
26. Plascencia de la Torre J., Castellanos C. Evaluación de la resiliencia en mexicanos diagnosticados con VIH: un estudio comparativo. *Salud & Sociedad.* 2019; 10 (1): pp: 52-64.
27. Zenteno M, Carreón T, Martínez G, García B, García G. Proceso de vivir con Diabetes tipo 2 de la persona y la familia: una terapia fundamentada. *Cuidarte.* 2017; 7(14): pp: 6-17.
28. González Arratia López Fuentes, N. I., Domínguez Espinosa, A. C., & Valdez Medina, J. C. (2017). Autoestima como mediador entre afecto positivo-negativo y resiliencia en una muestra de niños mexicanos. *Acta Universitaria,* 27(1), 88-94.

XIV. ANEXOS

Instrumentos de investigación

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

(González Arratia, 2011)

A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

PREGUNTA	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy agradable con mis familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. soy capaz de hacer lo que quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Confío en mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yo soy acomedido y cooperador .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Soy amable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Soy compartido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA	siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo deseos de triunfar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tengo metas a futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Soy firme en mis decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. me siento preparado para resolver mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA	siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
23. Enfrento mis problemas con serenidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Yo puedo controlar mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Puedo aprender de mis errores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tengo esperanza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 1. Escala Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de Salud (RPD-PS-38)

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
	Ítem				Frecuencia
1	6. Niego completamente que estoy enferma(o).				1 2 3 4 5
2	21. Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.				1 2 3 4 5
3	3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.				1 2 3 4 5
4	32. La fe me ayuda a pensar positivamente.				1 2 3 4 5
5	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).				1 2 3 4 5
6	5. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.				1 2 3 4 5
7	15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.				1 2 3 4 5
8	31. Me enoja con la vida por tener la enfermedad.				1 2 3 4 5
9	8. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.				1 2 3 4 5
10	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud.				1 2 3 4 5
11	43. No tengo ganas de hacer nada.				1 2 3 4 5
12	10. Aceptar la enfermedad me permite estar bien.				1 2 3 4 5
13	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.				1 2 3 4 5
14	36. Me enoja con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.				1 2 3 4 5
15	17. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.				1 2 3 4 5
16	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.				1 2 3 4 5
17	53. Siento que se me acaban las fuerzas.				1 2 3 4 5
18	19. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.				1 2 3 4 5
19	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.				1 2 3 4 5
20	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad.				1 2 3 4 5
21	12. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.				1 2 3 4 5
22	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.				1 2 3 4 5
23	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.				1 2 3 4 5
24	24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.				1 2 3 4 5
25	60. Me siento mejor al negar la enfermedad.				1 2 3 4 5
26	46. Pienso por qué a mí.				1 2 3 4 5
27	22. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.				1 2 3 4 5
28	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.				1 2 3 4 5
29	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.				1 2 3 4 5
30	51. Siento que es injusto tener la enfermedad.				1 2 3 4 5
31	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero.				1 2 3 4 5
32	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad.				1 2 3 4 5
33	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.				1 2 3 4 5
34	44. Tomo las cosas como son.				1 2 3 4 5
35	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.				1 2 3 4 5
36	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.				1 2 3 4 5
37	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).				1 2 3 4 5
38	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.				1 2 3 4 5

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN
CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL

“LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE
SALUD, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Género del participante

- a) Femenino
- b) Masculino

1. ¿Desde hace cuánto tiempo le dieron a conocer el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2?
- a) Menos de 5 años
 - b) De 5 a 10 años
 - c) Mayor de 10 años

2. ¿Cuál su estado civil actual?
- a) Soltero
 - b) Casado

3. ¿Cuál es su edad actual, cumplida en años?

4. ¿Cuál es su ocupación actual?
- a) Profesionista
 - b) Oficio
 - c) Labores domésticas
 - d) Ninguna

Tenancingo de Degollado, México, a 2 de mayo de 2019.

Asunto: Solicitud de acceso y uso de la información

Doctor
Alberto Muciño Escalona
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo
Instituto de Salud del Estado de México
Presente

Por este medio, me dirijo a usted de la manera más atenta, para solicitar las facilidades administrativas, para obtener la información necesaria y realizar el desarrollo del protocolo de tesis, titulado: "La resiliencia y su asociación con el duelo ante la pérdida de salud, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019"; en las instalaciones del Centro de Salud Urbano Tenancingo, manteniendo presentes en todo momento los principios éticos de investigación en salud.

Lo anterior como parte de mis estudios de Especialidad en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México.

Esperando su anuencia, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

[Handwritten signature]
M. C. y H. Valente-Siles Ramírez
Residente de primer año
Especialidad en Salud Pública
Facultad de Medicina, UAEMex.

[Handwritten signature]
Cédula Profesional 7571986
Recibi
22/05/19
01:11pm

c.c.p. Dr. Eduardo Muciño Velásquez.- Director del Centro de Salud Urbano Tenancingo.
c.c.p. Interesado



"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar. El Caudillo del Sur".

Oficio No. 208C0101114900T/2979/2019.
Tenancingo de Degollado, México,
a 9 de mayo de 2019.

M. C. y H. Valente Siles Ramírez
Residente de la Especialidad en Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma del Estado de México
P r e s e n t e





En respuesta a su solicitud, se autoriza el uso de la información y de las instalaciones del Centro de Salud Urbano Tenancingo, para el desarrollo del protocolo de tesis, titulado: "La resiliencia y su asociación con el duelo ante la pérdida de salud, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo, 2019".

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente


Dr. Alberto Mucino Escalona
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo

 EDOAMÉX 
JURISDICCIÓN SANITARIA
TENANCINGO

c.c.p. Archivo/Minutario.

DR. AME

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

MOCTEZUMA PONIENTE, No. 202, COLONIA CENTRO, TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO
TELÉFONOS: (01 714) 142-07-22 Y 142-0041

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el C. Valente Siles Ramírez, de la Universidad Autónoma del Estado de México. El objetivo de es analizar el nivel de resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, así como la asociación estadística entre ambas variables, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde este momento, agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por C. Valente Siles Ramírez. He sido informado (a) de El objetivo de es analizar el nivel de resiliencia y el duelo ante la pérdida de salud, así como la asociación estadística entre ambas variables, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Urbano Tenancingo durante el 2019.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al C. Valente Siles Ramírez, al teléfono 7223968981.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha