

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

ISEO[®]



POSGRADO
TESIS





**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL**

**FENOMENO DE LOS DUELOS EN LA DISCAPACIDAD
ADQUIRIDA POR DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**TESIS PARA OBTENER DE GRADO DE DOCTOR EN SALUD
MENTAL**

PRESENTA:

NEREYDA HERNÁNDEZ NAVA
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4965-1045

DIRECTOR:

MA DEL ROCÍO ROCHA RODRÍGUEZ
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-3714-3967

CODIRECTOR:

VÍCTOR GUILLERMO FLORES RODRÍGUEZ
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8912-519X

Tepic, Nayarit, México a 12 de diciembre 2021

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre de la alumna: Nereyda Hernández Nava.

Matrícula: A201027

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

FENOMENO DE LOS DUELOS EN LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA POR DIABETES MELLITUS
TIPO 2.

Director de Tesis: Dra. Ma. Del Rocío Rocha Rodríguez

Codirector de Tesis: Dr. Víctor Guillermo Flores Rodríguez

Fecha de aprobación: Tepic, Nayarit, México; a 20 de enero del 2023.

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis: **Fenómeno de los duelos en la discapacidad adquirida por diabetes mellitus tipo 2**, presentada por el alumno(a) Nereyda Hernández Nava, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de: **DOCTOR EN SALUD MENTAL**.

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS



DRA. MA DEL ROCÍO ROCHA RODRÍGUEZ

CODIRECTOR DE TESIS



DR. VÍCTOR GUILLERMO FLORES RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN



DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL



GOBIERNO DEL EDO. DE NAYARIT
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"

INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE
CLAVE: 18P50009K

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **NEREYDA HERNÁNDEZ NAVA**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado "**FENOMENO DE LOS DUELOS EN LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA POR DIABETES MELLITUS TIPO 2**", manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de "**LA OBRA**".

ATENTAMENTE
NEREYDA HERNÁNDEZ NAVA

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Nereyda Hernández Nava
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Fenomeno de los duelos en la discapacidad adquirida por D...
Nombre del archivo: NEREYDA_HERN_NDEZ_NAVA.docx
Tamaño del archivo: 2.98M
Total páginas: 118
Total de palabras: 35,114
Total de caracteres: 179,732
Fecha de entrega: 15-nov.-2024 06:46p. m. (UTC-0800)
Identificador de la entrega: 2521163681



DEDICATORIAS

- A Dios padre por darme todo y no pedir nada a cambio por amarme con infinita misericordia.
- A Mamá María que me ama y me acompaña.
- A mis amados hijos Fernando y Héctor que son el motor que me impulsa a seguir adelante, gracias por su incondicional apoyo.
- A mi esposo Luis que ha sido mi cómplice en todas las aventuras que he emprendido, gracias por estar a mi lado, gracias por no dejar caer y quedarme en el intento.
- A mi Madre Imelda que durante esta tesis me ha dado los motivos necesarios para poder entender, ser mas sensible y empática hacia todos los seres humanos que padecen DMt2.
- A mi padre Bartolomé, que desde donde esta me acompaña.
- A mis hermanos Lilia, Everth, Alba y amigos Alejandro, Rosy, Raquel, Rocío que siempre han estado al lado, dando ánimos para continuar y creer en mí.
- A cada uno de los informantes que sin conocerme me compartieron parte de sus vidas y sus experiencias.

AGRADECIMIENTOS

- Agradezco toda su guía y asesoría a la Dra. Ma del Rocío Rocha Rodríguez que no solo se puede ver en esta tesis sino desde hace 10 años atrás y que siempre me impulso a seguir preparándome.
- Agradezco al Asesor tutor Dr. Víctor Guillermo Flores Rodríguez por su tiempo y dedicación para que este trabajo pudiera culminarse.
- Agradezco infinitamente cada una de sus lecturas, comentarios y correcciones al Dr. Luis Roberto Enciso Suárez que fue mi guía durante el último año del doctorado.
- Al ISEO y al rector de esta Institución por todas las facilidades para poder realizar la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE.....	2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS.....	3
CARTA DE PUBLICACIÓN PARA EL DEPÓSITO Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS	4
PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL EN ISEO – REPOSITORIO.....	5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD	6
DEDICATORIAS	7
AGRADECIMIENTOS	8
ÍNDICE GENERAL	9
ÍNDICE DE TABLAS	11
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.1. Antecedentes.....	19
1.2. Contexto	26
1.3. Definición del problema de investigación	31
1.4. Objetivo general	43
1.5. Objetivos específicos.....	43
1.6. Justificación.....	43
1.7. Beneficios esperados.	45
1.8. Limitaciones.....	46
1.9. Alcances.....	46
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	48
2.1 Duelos	48
2.2 Las Pérdidas.....	68
2.3 Apegos	69
2.4 Diabetes Mellitus T2	73
2.5 Envejecimiento.	77

CAPÍTULO III. MÉTODO.....	80
3.1 Línea de Investigación.....	80
3.2 Metodología Utilizada.....	80
3.3 Diseño metodológico.....	80
3.4 Población.....	83
3.5 Procedimiento de selección de la muestra.....	83
3.9.1 GESTIÓN DE LOS DATOS.....	88
3.9.2 Análisis de datos.....	88
3.9.3 Criterios de calidad o rigor metodológico.....	89
3.10 Consideraciones éticas.....	90
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	92
4.1 Análisis de Resultados.....	92
4.1.1 Aspectos sociodemográficos o caracterización de informantes.....	92
4.2 Discusión.....	130
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	137
5.1 Hallazgos.....	137
5.2 Recomendaciones.....	137
5.3 Investigaciones Futuras.....	138
5.4 Limitaciones.....	139
5.5 Validez de la Investigación.....	139
5.6 Conclusión General y Reflexiones Personales.....	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
APÉNDICE. Documentos y formatos.....	151
Apéndice A. Guía de Observación participante.....	151
Apéndice B. Formato de preguntas semiestructuradas.....	153
Apéndice C. Reglas de Transcripción.....	155
Apéndice D Formulario de consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación”.....	157
CURRICULUM VITAE.....	159

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Reporte trimestral de complicaciones reportadas de DM 2021.	38
Tabla 2. Tiempo de padecer la enfermedad de DM t2 . Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20.....	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fachada del centro de salud Ollerías. Fuente Google Maps	27
Figura 2. Ubicación del Centro de salud de Ollerías y área de influencia. Fuente Google Maps	28
Figura 3. Sexo de los participantes Fuente: Propia de los datos recabados en las entrevistas, n-20.....	93
Figura 4. Edad de los participantes, Fuente: propia datos obtenidos de las entrevistas n-20.....	94
Figura 5. Estado civil de los actores sociales. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20	95
Figura 6. Escolaridad de los participantes. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20	96
Figura 7. Dedicación de los participantes. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20	96
Figura 8. Comorbilidades de los participantes. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20	97

RESUMEN

Introducción: En algún momento de nuestra vida, todos hemos sufrido de algún tipo de pérdida, que nos lleva a un duelo. La importancia de este duelo radicará en el apego que tengamos a esa pérdida, o a la ilusión que se haya realizado en torno a ese apego, entendiendo que la pérdida puede ser de una persona, un bien material o lo que sea significativo para el doliente. En este trabajo de investigación se analizaron los duelos a los que se han enfrentado las personas con DMT2, a través de la metodología cualitativa de corte fenomenológico, conocer las experiencias ante estos duelos, los tipos. La investigación se realizó en la ciudad de Matehuala SLP, México. Los Informantes fueron personas entre 30 y 64 años de edad que padecieran DMT2 el muestreo se realizó de manera intencionada y en bola de nieve, Para la validación de las entrevistas fue por medio de un verificador externo a la investigación en la cual se le pasaron las grabaciones y las transcripciones para su revisión, En las consideraciones éticas nos apoyamos en: La NOM-012-SSA3-2012, 1. Declaración de Helsinki, principios éticos para las investigaciones en seres humanos, 2. Ley general de salud. Resultados Se entrevistaron a 20 personas, los datos sociodemográficos son los siguientes: la edad promedio fue de 59 años, la edad mínima 45 años y la edad máxima 64 años se encontraron perdidas 1. Salud-enfermedad, 2 Trabajo 3. Materiales, 4. Relaciones de pareja, 5. Familia. A continuación, Conclusiones podemos entonces entender que los duelos son aquellos sentimientos y emociones que se generan ante las diferentes pérdidas ya sean materiales o humanas incluyendo aquellas que son metas o sueños idealizados en alguna etapa de la vida de la persona y que se expresan a través de

diferentes manifestaciones físicas y que de acuerdo a los entrevistados han sufrido un acumuló de perdidas en donde no se ha contado con el apoyo de un profesional para poder manejarlas y/ o superarlas. Es conocido que no todas las perdidas requieren de apoyo psicológico, pero de acuerdo con los resultados consideramos que ante el diagnostico de una enfermedad crónica degenerativa es necesario poder manejar al paciente en conjunto con un grupo multidisciplinar contando inminentemente en ese grupo con un psicólogo o un profesional en salud mental.

ABSTRACT

Introduction: At some point in our lives, we have all suffered some kind of loss, which leads us to mourning. The importance of this mourning will lie in the attachment we have to that loss, or the illusion that has been created around that attachment, understanding that the loss can be of a person, a material good or whatever is significant to the mourner. In this research work, the mournings that people with DMT2 have faced were analyzed, through the qualitative methodology of a phenomenological nature, to know the experiences of these mournings, the types. The research was carried out in the city of Matehuala SLP, Mexico. The Informants were people between 30 and 64 years of age who suffered from DMT2. The sampling was done intentionally and in a snowball manner. For the validation of the interviews it was through an external verifier to the investigation in which the recordings and transcriptions were passed for review. In the ethical considerations we relied on: The NOM-012-SSA3-2012, 1. Declaration of Helsinki, ethical principles for research in human beings, 2. General health law. Results 20 people were interviewed, the sociodemographic data are as follows: the average age was 59 years, the minimum age 45 years and the maximum age 64 years. The following were found missing: 1. Health-disease, 2. Work, 3. Materials, 4. Relationships, 5. Family. Next, Conclusions we can then understand that grief is those feelings and emotions that are generated by different losses, whether material or human, including those that are idealized goals or dreams at some stage of a person's life and that are expressed through different physical manifestations and that according to the interviewees, they have suffered an accumulation of losses where they have

not had the support of a professional to be able to manage and/or overcome them. It is known that not all losses require psychological support, but according to the results we consider that when faced with the diagnosis of a chronic degenerative disease it is necessary to be able to manage the patient together with a multidisciplinary group, imminently counting on a psychologist or a mental health professional in that group.

INTRODUCCIÓN

En algún momento de nuestra vida, todos hemos sufrido de algún tipo de pérdida, que nos lleva a un duelo. La importancia de este duelo, radicarán en el apego que tengamos a esa pérdida, o a la ilusión que se haya realizado en torno a ese apego, entendiendo que la pérdida puede ser de una persona, un bien material o lo que sea significativo para el doliente.

En este trabajo de investigación se analiza, los duelos a los que se han enfrentado las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM t2), y que en algunas ocasiones estos pueden pasar inadvertidos, incluso para la persona misma, por lo cual a través de la investigación cualitativa de corte fenomenológico, se desglosan las experiencias ante estos duelos, los tipos, su influencia en el estado de ánimo y en consecuencia su estado de salud o la toma de decisiones.

Ahora bien para este estudio por la edad en que se presenta generalmente el diagnóstico de la DM t2, (que es en la vida adulta y adulta mayor), por ello, debemos de considerar el envejecimiento como una de las variables que se presentan dentro de la dimensión de los duelos. Por lo cual el envejecimiento lo podemos considerar como un proceso, y que parte de todos los cambios de orden biológico, psicológico y social que sufren las persona después de los 25-30 años de edad hasta el final de la vida y que además son inherentes a todo ser humano, resultado de contextos multidimensionales (situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales) que influyen de forma directa en el proceso de envejecer de cada persona. (Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. 2014).

El duelo que pueden presentar se debe a la pérdida de la juventud y lo que esto representa, desde el abordaje de los autores Pérez Sánchez L., López, J., Oropeza Tena, R. y Colunga Rodríguez, C.A.(2014), en donde distinguen el envejecimiento basado en la nostalgia y el envejecimiento basado en la reminiscencia. El primer tipo de envejecimiento de acuerdo a estos autores, puede causar sufrimiento ya que se vive con lo que no es, y no será, por que ya se ha perdido que son las virtudes que tiene o que se le han atribuido a la juventud. Lo que puede llevar a la persona a sufrir un duelo y permanecer en el.

Basado en lo anterior entonces el proceso de envejecimiento puede tener dos posturas en las que es necesario identificar aquella que causa sufrimiento a la persona; ahora bien si la persona padece de una enfermedad crónica como la DM t2, puede haber o estar cursando con dos duelos en de la enfermedad y el del envejecimiento, más aquellas pérdidas que son inherentes de la vida, por ello como profesionales de la salud tendríamos que explorar y determinar a que duelos y tipos de duelos nos enfrentamos y si estos intervienen en sus elecciones para el manejo y la autogestión del cuidado a la salud.

En este sentido la tesis que presento tiene como finalidad conocer a nivel individual las vivencias y darle voz a las personas adentrándose al fenómeno desde la perspectiva de los individuos que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 de diferentes clases sociales de una zona específica de la ciudad de Matehuala S.L.P. identificando los duelos que estan o han estado presentes en su vida.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

Duelo

Con respecto al duelo podemos referenciar los siguientes trabajos:

De acuerdo al autor Elmiger (2011), uno de los primeros en escribir sobre el duelo fue Sigmund Freud, en su obra “Duelo y Melancolía” publicado en 1917, en dicha obra conceptualiza al duelo como aquello perdido, un objeto de amor, de tal forma que el proceso de duelo no sólo se da ante la muerte de seres significativos, si no ante la pérdida de algo querido.

En el trabajo del autor Sanz (2007), denominado “La vida después de la pérdida de un ser querido”, señala que: el duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa querida asociándose a síntomas físicos y emocionales; en donde el duelo no es un sentimiento único, es una completa sucesión de sentimientos que precisan tiempo para ser superado. Es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien, o de algo, que es importante para quien vive el duelo. Es un precio que pagamos por el amor que se profesa a la persona o cosa pérdida. Para este autor la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye; además señala el autor que toda persona está sembrada desde una mirada de pérdidas, que recuerdan constantemente la precariedad y provisionalidad de todo vínculo y de toda realidad.

Es importante señalar que el duelo no es un desorden de conducta, aun cuando produzca alteraciones en la misma, el duelo tampoco es un conflicto intrapsíquico. Es una experiencia de fragmentación de la identidad, producida por la ruptura de un vínculo afectivo, una vivencia multidimensional que afecta a, nuestro cuerpo físico, nuestras emociones, las relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestras cogniciones, creencias, presuposiciones, a nuestro mundo interno existencial y espiritual.(Payas P.A 2010 pp. 22)

Ahora bien, para los autores Díaz, Molina, y Marín (2015), en su trabajo denominado “las pérdidas y los duelos en personas afectadas por el desplazamiento forzado” referencian dos postulados:, en donde citan a Wringht y Hogan (2008), para el primer postulado, el duelo es un proceso dinámico y multidimensional que depende de variables personales, relacionales y socioculturales, cuyo desenvolvimiento depende del tipo de pérdidas. Para el segundo postulado referencian a Casado y Leung (2001), donde las pérdidas físicas son clasificadas como tangibles (seres queridos o las posesiones) y las segundas son intangibles, (los roles sociales o la identidad).

En este sentido el autor Cabodevilla, (2007), en su trabajo denominado “Las pérdidas y sus duelos”, aborda que las pérdidas como cualquier separación (permanente o temporal), de cualquier tipo, ya sea objeto, situación o persona, derivado de esta separación se puede generar algun tipo de duelos y estos duelos tienen importancia o valor “real o simbólico, consciente o inconsciente”en el desarrollo emocional.

Ahora bien dentro del trabajo denominado “La gravedad del duelo”, los autores Orozco y Escalante (2017), afirman que la experiencia de pérdida se encuentra en el corazón mismo de la dialéctica psíquica, que en muchas ocasiones, no puede ser expresado o nombrado, en donde la pérdida siempre plasmará una condición, y en donde el duelo puede ser una incidencia violenta del acontecimiento, señalada como violenta porque marca simbólicamente al sujeto, el suceso marca un tiempo entre pasado y presente, en donde actúa la memoria del duelo, y donde las cosas ya no son lo mismo, desde el acontecimiento, el duelo puede ser producido también por una idea quebrantada; los autores señalan que existen pérdidas que pueden llevar a quien las padece a psicosis alucinatorias de deseo; señalan en este mismo trabajo que la suma de dos duelos (la pérdida de un novio mas la muerte de un padre), agrava el duelo y se acentúa uno mas que otro, lo que puede llevar al doliente a experimentar diversos tipo de duelos.

Guzmán Sanza R (2020), indica que existen pérdidas que son universalmente aceptadas y definidas con precisión en nuestro contexto social, como la pérdida de la salud, la pérdida/fallecimiento de un ser querido, y otras que son identificables, aceptadas y normalizadas. Pero también existen pérdidas que resultan nítidas para la sociedad y que en la mayoría de los casos impacta a la persona en forma individual, como la pérdida de una oportunidad laboral, la pérdida producida por la ruptura de una relación amorosa/afectiva, la pérdida de confianza en el prójimo, la pérdida del sustento diario, etc.

El duelo y la diabetes

La autora López López, E. (2016), sustenta que la persona con diagnóstico de DM puede introyectar elementos psicológicos del proceso salud, enfermedad, atención y muerte, elementos que son compartidos con la sociedad y la familia por lo cual a lo largo del tiempo pueden ser determinantes para lograr la aceptación de la enfermedad, de esta forma se hace necesario comprender las creencias, sistemas de pensamiento y prácticas cotidianas que llevan al paciente a realizar actividades en pro de su salud. Ahora bien para esta autora el duelo se instaura cuando el médico le verbaliza el diagnóstico, ya que la persona pierde el imaginario de la salud, su concepto de estilo de vida, autoconcepto y su autoimagen, para este autor las personas pasan por todas las fases de los duelos de Elizabeth Kübler Ross, lo que sustenta que los servicios de salud opten por un modelo que sea culturalmente competente, y donde se valore: 1. La diversidad, 2. La cultura (autoevaluación), 3. Las dinámicas de las diferencias, 4. El conocimiento cultural y poder institucionalizarlo.

Para conocer relación entre mal control glicémico y los procesos psicológicos debemos de citar a los autores Iriarte, A. M., Giles, O. A., Sandoval, M. E. Y., Mendoza, R. D., y Avilés, A. G. P. (2013), ya que ellos realizaron un estudio donde buscaban la prevalencia de duelo, depresión y calidad de vida, asociada a DM t2 con o sin control, su estudio fue de corte, cuantitativo, prospectivo, transversal y comparativo; con una muestra de 69 pacientes, en sus resultados encontraron una relación significativa, entre el control glicémico y el equilibrio de los procesos

psicológicos, por lo cual concluyen que se hace necesario, crear programas que den respuesta a las demandas emocionales.

Sobre el afrontamiento a la DM t2 debemos de citar a Barros Calderon, F. S., Mesa Cano, I. C., & Ramirez Coronel, A. A. (2021), en su trabajo valoraron el proceso de afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en relación a las variables sociodemográficas y el tiempo de evolución de la enfermedad, para la evaluación de este estudio se utilizó un test de Callista Roy. Por lo cual fue un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, que incluyó a 180 pacientes. Los resultados manifestaron que los pacientes que presentan la patología menor de 10 años de evolución presentan alta capacidad de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Sin embargo, los resultados fueron ligeramente inferior en las personas de mayor a 10 años de evolución. Ahora bien también en este estudio comprobaron que la población mayor de 60 años de edad, se caracteriza por presentar niveles de conocimiento sobre cómo enfrentar la enfermedad pero no aplican los procedimientos, se ha evidenciado que a mayor edad, se utiliza más la negación como estrategia de afrontamiento y actúa como si la enfermedad no fuera real, por tal razón requieren un cambio profundo del enfoque biomédico tradicional a un enfoque biopsicosocial integral.

Para conocer las etapas del duelo es necesario traer a este trabajo a los autores, Pera, P. I., Vasallo, J. M., Andreu, O. G., y Rabasa, A. T. (2008), ya que ellos describen el proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM t1) y analizar su correspondencia con las etapas del proceso de duelo descritas por Kübler-Ross, dicho estudio tuvo un abordaje cualitativo, etnográfico, con entrevistas a

profundidad, los informantes fueron, 20 pacientes, 10 familias y 12 profesionales de salud, dentro de sus resultados encontraron semejanzas con las etapas del duelo descritas por Kübler-Ross negación, rebeldía, negociación, depresión y aceptación, además de ello encontraron que las diferencias que se pueden presentar en este proceso dependen de factores personales y psicosociales y que existen diferencias entre las descripciones de la realidad entre los profesionales y los pacientes. El primero tienden a relacionar la mala adherencia con la negación de la enfermedad, pero algunos pacientes se sienten amenazados por las exigencias de tratamiento y control y por sus consecuencias en su calidad de vida, y conscientemente optan por no seguir las recomendaciones. Es más realista hablar de adaptación a la enfermedad que de aceptación, puesto que los procesos de pérdida son constantes y el enfermo debe reconstruir nuevas identidades según su estado. El proceso de duelo afecta también a la familia y puede ser diferente que el del enfermo en tiempo, intensidad y valoración de los problemas.

Sobre las emociones y la diabetes los autores Ramos-Pérez, V., del Rocío Hernández-Pozo, M., y Álvarez-Gasca, M. A. (2019). Reportaron que las personas con DM tenían una marcada tendencia a emociones negativas, en especial miedo y vergüenza, que fue mayor en las pacientes femeninas. Conforme a la variable de la edad encontraron que de 21 a 40 años presentan un mejor balance emocional y/o pensamientos positivos en relación con las personas de 41 a 50 años quienes se desequilibran más fácilmente y las personas por encima de los 50 años tienden a equilibrar sus pensamientos mucho mejor. Además de ello abordaron la variable de la actividad física en donde encontraron que la mayoría de las personas con

diabetes no practicaban actividad física y si lo hacían era de forma irregular, quienes realizaban actividad física moderada o intensa reportaron niveles más altos de afecto positivo. La mayoría de las personas investigadas no contaban con un trabajo asalariado y se movían en la informalidad, esa condición laboral estuvo asociada con índices superiores de ira y disgusto. Los autores recomiendan que se ofrezca un entrenamiento a los pacientes diagnosticados con DMt2, para disminuir las emociones negativas e incrementar las positivas y así lograr mejorar la calidad de vida.

Sobre las etapas del duelo y la DMt2 como antecedente tenemos el estudio realizado por Catalán, G. M., Crisóstomo, Y. M., Santamaría, Y. R., Sainz, J. L. H., Valverde, J. M. G., & Jaimes, J. A. P. (2021), donde encontraron que la adherencia terapéutica tiene correlación con la negación, y aceptación como predictora a la adherencia terapéutica a la DM t2 estudio realizado en pobladores de 20 a 70 años de edad, de tres localidades del estado de Oaxaca, México.

En relación al cuidado a la salud frente al DM t2 encontramos el trabajo de Mendoza-Catalán G, Gallegos-Cabriales EC, Figueroa-Perea JG., (2017). Con su trabajo denominado la Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo, entrevistaron a 6 familias de hombres con DM t2 en el cual encontraron que los factores que limitan el autocuidado fueron la negación ante la enfermedad, el trabajo, el machismo, preferencia en los alimentos, apoyo familiar, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la depresión. Concluyen que se hace necesario comprender el comportamiento de los hombres ante la enfermedad y a partir de este entendimiento es necesario educar para un cuidado constante, en

donde se mantenga una conciencia legítima de que no se deja de ser hombre por cuidarse.

1.2. Contexto

Para situar esta investigación, iniciaré describiendo algunos aspectos sociodemográficos de la Ciudad de Matehuala, San Luis Potosí, ciudad donde se realizará la investigación.

Matehuala, San Luis Potosí (SLP.), se encuentra al norte del estado, tiene una superficie territorial de 1 301.7 km², lo que representa el 2.1 % del territorio estatal, la densidad poblacional es de 78.5 hab/km², existen 102 199 habitantes lo que representa el 3.6% de la población estatal, existen 94 hombres por cada 100 mujeres, la edad media es de 29 años o menos, el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.7. Del total de viviendas el 82.7% cuenta con agua entubada, el 94.2% con drenaje, el 99.4% con servicios sanitarios, el 99.2% con energía eléctrica, el 81% con tinaco y el 8.3 cisterna o aljibe, el 94.9% cuenta con refrigerador, 87.1% con lavadora y el 58.6% con automóvil, el 44% con bicicleta y el 35% con motocicleta, sobre comunicación, el 44.2% de la población total cuenta con telefonía fija, con telefonía móvil el 90%, con servicios de internet el 54.4%, con computadora el 39.2%. Sobre discapacidad el 5.3% de la población total padece o vive con algún tipo de discapacidad de ello, tenemos que 18 a 22 años ocupan el 2.2%, de 30 a 59% de edad el 4.2% vive con algún tipo de discapacidad y de 60 a más años el indicador es de 23%. Sobre educación el 52.7% de la población cuenta con educación básica, el 23.9% cuenta con educación media superior, y el 19.7%

con educación superior. Sobre servicios de salud tenemos que el 83.6% se encuentra afiliada algún tipo de servicio de salud, el 53.2% al IMSS, el 10.8% al ISSSTE, 3.1% al IMSS Bienestar (INEGI 2020). Sobre rezago y pobreza Matehuala, esta clasificado con un grado de pobreza en el municipio muy bajo, y en la entidad alto; en carencia educativa se tienen a 14.093 personas, sin acceso a los servicios de salud a 8233 personas, a 44 776 sin acceso a la seguridad social y sin acceso a la alimentación a 15,542 habitantes (Gobierno de México 2021).

El Centro de salud Ollerías fue reinaugurado con nuevas instalaciones el 7 de junio del 2010, pero en realidad fue creado en el año de 1970, es uno de los más antiguos de la Jurisdicción Sanitaria Número 2 del Municipio de Matehuala, fue creado para dar atención a la población que se estaba asentando en colonias que se encontraban a las afueras de la ciudad, el centro de salud fue creado con la finalidad de atender a la población abierta que no contaba con seguridad social.

El centro de salud ollerias se encuentra ubicado en Boulevard de Los Andes Sin número Centro de Salud Ollerias, Los Pinos Poniente, 78720 Matehuala, S.L.P.



Figura 1. Fachada del centro de salud Ollerías. Fuente Google Maps

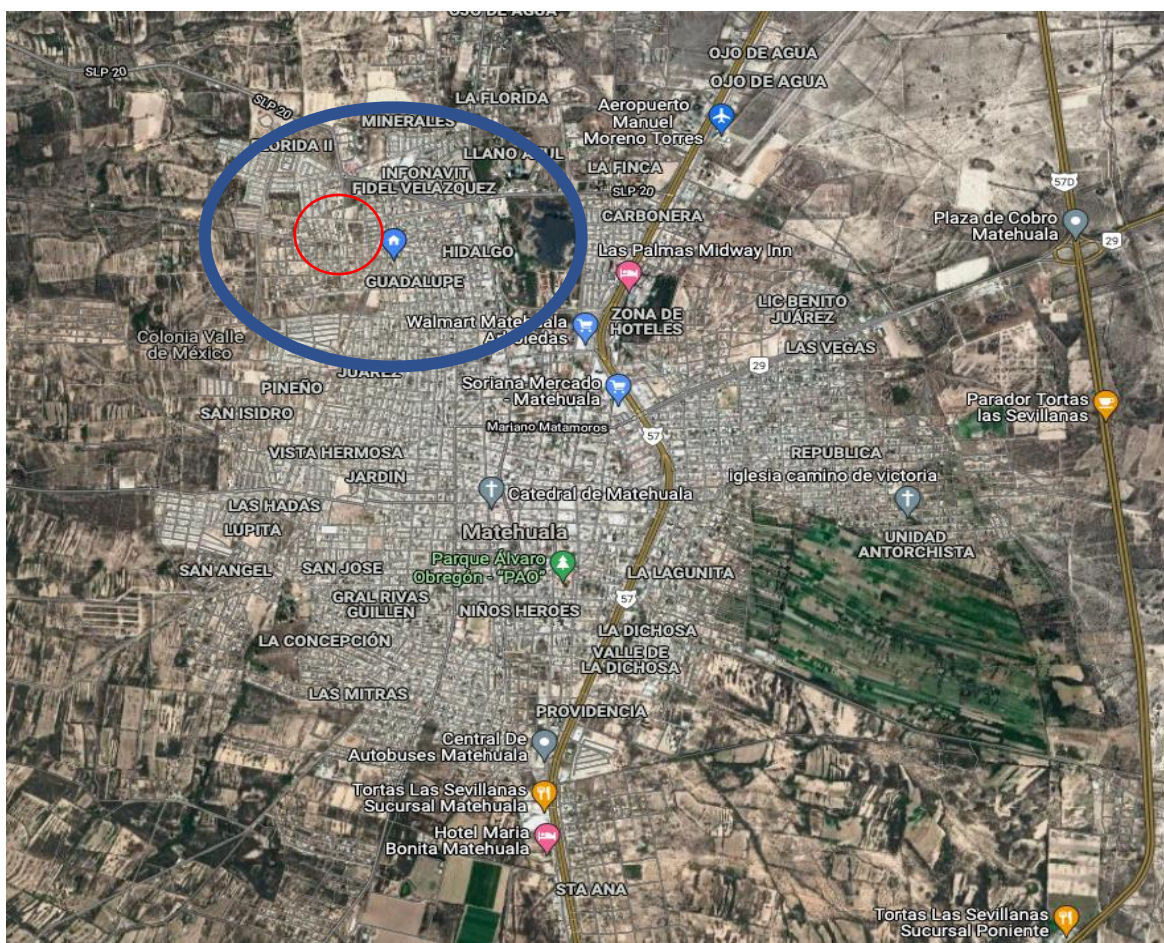


Figura 2. Ubicación del Centro de salud de Ollerías y área de influencia. Fuente Google Maps

Este Centro de Salud, cuenta con cuatro núcleos básicos, dos consultorios médicos, un consultorio dental, existe en su estructura una área de vacunación, otra de planificación familiar, dos baños (uno para mujeres y otro para hombres), un laboratorio de análisis clínico básico, una sala de promoción a la salud, un área de refrigeradores para el biológico, un comedor, una farmacia, un archivero, y un séptico.

El recurso humano existente es de 15 personas que se distribuyen de la siguiente manera: tres médicos (uno de ellos funge como director) , cuatro enfermeras de base, cuatro promotores de salud, y dos pasantes, dos químicas clínicas, una nutrióloga (pasante), un administrativo, uno de limpieza, un chofer.

Cada núcleo tiene una área de responsabilidad en donde se divide los sectores por mapeo:

1er Núcleo esta conformado por las colonias: Ampliación de Guadalupe, Colonia Guadalupe y fraccionamiento Tepeyac.

2do Núcleo esta conformado por las siguientes Colonias: Juárez, San Miguelito, Centro Cumbres, 22 de Mayo, Arboledas de la Merced y forestal.

3er Núcleo esta conformado por las colonias: Fidel Velazquez, Manuel Moreno, La Florida, Magisterial los Reyes de Kidum

4to Núcleo esta conformado por las colonias: Palma del Romero Pineño, Luis Morones, Lazaro Cardenas, Ollerías, Colina de la Paz y Fraccionamiento Hidalgo

Para situarnos mejor podemos ubicarnos en la imagen 2 en color rojo se señala la ubicación del centro de salud y en color azul se indica el área de cobertura (imagen2)

Cada uno de los núcleos cuenta con aproximadamente 850 familias y estan bajo la responsabilidad de una enfermera, del un médico y promotores de salud es uno para cada núcleo.

Los programas prioritarios que atienden en cada núcleo es:

1. Salud Reproductiva.
2. Atención a la infancia y a la adolescencia.
3. Crecimiento y desarrollo.
4. Prevención de cáncer en menores de 18 años.
5. Prevención del cáncer cervicouterino.
6. Prevención del cáncer de mama.
7. Prevención de cáncer de próstata .
8. Atención a la salud del adulto mayor .
9. Atención a la salud bucodental.

En la actualidad fue nombrado unidad monitorea de COVID-19 como una estrategia para la atención ante la contingencia.

El Centro de Salud de Ollerías atiende a una población de 21,777 habitantes, distribuidos de la siguiente manera 0-14 años a 6,490; de 15 a 29 años 5,914; de 30 a 59 años 7,615 y 60 años y más 1,306; de las cuales 273 sufren de alguna discapacidad (INEGI 2016).

El total de pobladores que reporta el INEGI (2020), a nivel del municipio de Matehuala para mayores de 15 a 64 años es de 66,809 habitantes mientras en la cabecera municipal son 57,408 habitantes y mayores de 65 años en el municipio son 8,449 y en la cabecera municipal 6,700 habitantes.

En este proyecto de investigación se pretende trabajar con adultos de 30 a 59 años y adultos mayores de 60 a mas de edad del núcleo uno de este centro de salud. Este núcleo se eligió de manera intencionada ya que abarca a tres diferentes estratos sociales.

Sobre datos sociodemográficos no se cuentan de manera específica por ello se consideraran los de la ciudad de Matehuala.

1.3. Definición del problema de investigación

De acuerdo a Cabodevilla (2007), señala que la elaboración de las pérdidas es posiblemente un tema central en la existencia humana ya que a lo largo de la vida, desde el nacimiento nos enfrentamos a una separación, y a lo largo de la vida cada uno de nosotros, es un continuo de pérdidas y separaciones, hasta la propia muerte y/o la de un ser querido. Cada pérdida indudablemente acarreará un duelo. Bajo esta perspectiva es claro pues que a lo largo de la vida tendremos infinidad de pérdidas, incluyendo a aquellas que como sociedad les hemos atribuido un valor como es el caso de la juventud.

De acuerdo a Marcial-Ventura GA, y coautores (2019), el impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas está estrechamente relacionado con la incertidumbre del proceso de la enfermedad, el distrés afectivo, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en el cuerpo de las personas. Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónico degenerativa

pasa por varias etapas de duelo. Este proceso se origina debido a la posibilidad de muerte por lo que se experimentan emociones como angustia, frustración, culpabilidad y depresión, además del hecho de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad para toda la vida. Ahora bien el duelo, se puede entender como una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana.

Los autores García, Grau, y Pedreira (2014), identifican en su trabajo denominado "El duelo y proceso salud-enfermedad en la atención primaria de salud", que el duelo constituye una etapa de riesgo para la aparición de algunas enfermedades (depresión, susceptibilidad inmunológica), o para que el mismo se convierta en una enfermedad o "duelo patológico" diferente al síndrome depresivo, lo que puede derivar en un factor de riesgo de enfermar, elevando la morbilidad y la mortalidad de los dolientes y lo caracterizan como un problema semioculto en la salud pública contemporánea que requiere un monitoreo cuidadoso y un manejo general para evitar complicaciones.

De acuerdo a los diferentes autores citados, podemos entonces entender que los duelo son aquellos sentimientos y emociones que se generan ante las diferentes pérdidas, ya sean materiales o humanas incluyendo aquellas que son metas o sueños idealizados en alguna etapa de la vida de la persona y que se expresan a través de diferentes manifestaciones físicas.

Es importante señalar que la mayoría de las personas que sufren la experiencia de la pérdida de un ser querido o de algo significativo, no requiere de ayuda psicológica especializada para recuperarse, sin embargo cuando existen síntomas de malestar

psicológico que acaban provocando una incapacitación para la vida y las relaciones estamos enfrentado a duelos complicados o patológicos, es aquí donde se requiere la intervención de los profesionales en salud mental, es claro que no se cuentan con estadísticas claras al respecto de los duelos complicados pero se calcula que entre el 8 y 10% de las personas en duelo acaban presentando complicaciones del duelo. (Payás P. A 2010. pp20).

Hablar, de que la persona padece una enfermedad crónica degenerativa en los discursos que inicia en los factores predisponentes y terminan en las complicaciones de la enfermedad y los daños irreversibles que puede generar la diabetes mellitus si no se asumen los cuidados necesarios, y que sentencia al paciente a vivir con una disciplina de la autogestión del cuidado, verbalizada por la máxima autoridad en materia de salud, como lo puede ser el médico, esto puede llevar a quien padece la enfermedad a múltiples emociones que pueden culminar en el sufrimiento (si no se cuentan con las herramientas de afrontamiento necesarios). Ahora bien debemos de tomar en cuenta la construcción de los sentidos y significados sociales, los cuales conforman la construcción social de la enfermedad, (simbolismos y representaciones a nivel colectivo e individual), que en muchas de las ocasiones pueden ser erróneos y fatalistas, en suma estos dos aspectos puede llevar al paciente a presentar proceso de sufrimiento que es inaudible e invisible para la familia, y para el personal de la salud.

Ahora bien de acuerdo a González G. N., Tinoco G. A. M, y Benhumea G. L. E., (2011), cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, atravesará por agudas etapas de estrés, depresión y ansiedad. En

muchas de las ocasiones a travez del tiempo superará y/o aprenderá a controlar sus estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad para toda la vida, pero también en algunas ocasiones esto no ocurre y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas

Si hablamos de población debemos de considerar que existen con Diabetes Mellitus Tipo 2 un total de 463 millones de adultos, entre 20 a 79 años de edad en todo el mundo (dentro de este grupo, 9,3% de todos los adultos). Se calcula que 79,4% viven en países de ingresos bajos y medios. De acuerdo a las proyecciones para 2030 existirán 578,4 millones de adultos de entre 20 y 79 años con diabetes; Para el 2045 la cifra aumentarán a 700,2 millones. El mayor aumento tendrá lugar en las regiones donde las economías pasen de estado de ingresos bajos a medios. Esto representa el 9,3% de la población mundial en este grupo de edad. Se prevé que la cantidad total aumente a 578 millones (10,2%) para 2030 y a 700 millones (10,9%) para 2045; e calcula que el gasto anual en salud a nivel mundial destinado a la diabetes será de 760 mil millones de USD. Se pronóstica que para los años 2030 y 2045, el gasto alcanzará los 825 mil y 845 mil millones de USD, respectivamente (Atlas de diabetes 2019).

Asi que si ponemos en cifra lo establecido en el que el 10% puede padecer de duelo complicado tendríamos decir que a nivel mudial existen 46.3 millones de adultos en duelos patologicos entre 20 a 79 años de edad.

A nivel México durante el 2021 de acuerdo al reporte epidemiológico se señala que: durante el primer trimestre del 2021, se registraron un total de 3,831 casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), siendo los estados de Tabasco y Quintana Roo los que reportaron el mayor número. El 56.68% (n=2,167) de los casos correspondió al sexo masculino y el 43.31% (n=1,656) al femenino. El grupo de edad más afectado para el sexo masculino fue el de 55 a 59 años; mientras que en el sexo femenino fue el de 60 a 64 años. El segundo trimestre del 2021, se registraron un total de 9,636 casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), siendo los estados de Tabasco, Jalisco y Querétaro los que reportaron el mayor número. El 54.3% (n=5,230) de los casos correspondió al sexo masculino y el 45.6% (n=4,386) al femenino. El grupo de edad más afectado para el sexo masculino fue el de 55 a 59 años; mientras que en el sexo femenino fue el de 60 a 64 años. Durante el tercer trimestre del 2021, se registraron un total de 15,593 casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), siendo los estados de Tabasco, Querétaro y Jalisco los que reportaron el mayor número. El 53.4% (n=8,315) de los casos correspondió al sexo masculino y el 46.5% (n=7,253) al femenino. El grupo de edad más afectado fue el de 55 a 59 años para ambos sexos. (Dirección General de Epidemiología 2021). En suma tendremos que en México se reportan 29,060 casos de Diabetes Mellitus atendidos en 2002; si retomamos el 10% del cual nos habla Payás P. (2010), nos encontramos que en México en ese año podrían existir 2,960 personas en duelo patológico.

Ahora bien en San Luis Potosí se tiene un reporte de que en el 2020 la diabetes mellitus fue la tercera causa de muerte con 3230 personas (Statista Research

Departamento 2021). Y en este 2021 el estado de San Luis Potosí, reporta 311 casos nuevos (Dirección General de Epidemiología 2021).

Las cifras presentadas anteriormente son solamente de acuerdo a la DM t2, pero debemos de conocer las complicaciones y su impacto en cifras, por lo cual las desglozaré a continuación de esta manera podremos tener un panorama general sobre las personas que se encuentran padeciendo un duelo o una pérdida.

Lo mas grave de la enfermedad de la Diabetes Mellitus es, que si no se controla, genera complicaciones tanto agudas como crónicas; como ejemplo en las agudas la Cetoacidosis Diabética, Estado Hiperosmolar e Hipoglucemia y las complicaciones crónicas se clasifican en 1) macrovasculares (equivalente a arteriosclerosis), que son las que afectan a las arterias en general produciendo enfermedad cardíaca coronaria, cerebrovascular y vascular periférica; 2) microvasculares, que incluiría la retinopatía, nefropatía y neuropatía, y 3) el pie diabético, que aparecería como consecuencia de la neuropatía y/o de la afección vascular de origen macroangiopático (Mediavilla B.J.J. 2001).

De tal forma que al ser una enfermedad crónica degenerativa, que puede generar complicaciones agudas o crónicas, a largo plazo, y más si existe un desapego al tratamiento, lo cual nos lleva a cuidados a largo plazo, que más tarde generará una dependencia, ello por los cuidados que requerirá y por la discapacidad adquirida; es importante recordar que la DM, aumenta el riesgo de padecer cardiopatía, enfermedad vascular cerebral, así como la **Retinopatía diabética (RD)**, la RD es una complicación muy temida de la diabetes, además del edema macular diabético

(EMD), catarata y glaucoma, visión doble y la incapacidad de enfoque. En muchos países, se sabe que la RD es una de las principales causas de la ceguera en la población de edad activa, con consecuencias devastadoras personales y socioeconómicas, a pesar de que se puede prevenir y tratar (OMS 2013).

La prevalencia de las complicaciones es variada y no existen cifras exactas de ello, Ovalle Luna y coautores (2018), refirieron que diferentes autores han estudiado las complicaciones de la diabetes, ejemplo en Estados Unidos, en población > 40 años de edad se encontró que 4.5 % tenía enfermedad arterial periférica, 14.8 % neuropatía periférica y 18% enfermedad de las extremidades pélvicas. Los mismos autores reportan que en España, la insuficiencia renal es del 8.4 %, el evento vascular cerebral es de 6.9 %, insuficiencia cardíaca es de 4.3 %, neuropatía periférica es de 1.3 % y retinopatía es de 7.2 %. A hora bien en Italia la incidencia de accidente vascular cerebral en personas con diabetes muestra una tasa por 1000 años-persona de 5.5 en hombres y de 6.3 en mujeres, y que cuando había enfermedad cardiovascular conocida previamente la incidencia era 13.7 en hombres y 10.8 en mujeres, en Alemania la prevalencia de polineuropatía era de 28 %.

En la búsqueda que se realizó en metabuscadores y revistas especializadas no se encontraron datos de nuestro país, reportados de manera integrada sin embargo dentro de las estadísticas del 2021 por trimestre de acuerdo a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad no transmisibles encontramos las complicaciones reportadas son:

Tabla 1. Reporte trimestral de complicaciones reportadas de DM 2021.

Complicaciones reportadas de DM 2021				
Enfermedad	Trimestre1	Trimestre 2	Trimestre 3	Total
Hipertensión Arterial	2002	5076	8294	15372
Cardiovascular	168	448	683	1299
Enfermedad Renal Crónica	83	195	295	573

*No se especifican sin embargo, se tomaron como complicaciones de la DM de acuerdo a la bibliografía.

De acuerdo a diferentes autores la prevalencia de RD en población geriátrica se estima en algunos países del 15 al 16% (Xin, 2013, y Chiu, 2013). Además los adultos mayores con DM tienen 1,5 más probabilidad de desarrollar ceguera, por esta causa que un adulto mayor de la misma edad sin DM. Existen además múltiples factores que contribuyen a una más rápida progresión del daño visual en este grupo de edad como hipertensión arterial no controlada, tabaquismo, proteinuria, dislipidemia y obesidad.

En Estados Unidos de América la RD se considera como la principal causa de ceguera entre los adultos en proceso de envejecimiento. El 28% de pacientes con DM tienen RD y un 4.4% desarrollan ceguera por dicho motivo; siendo la prevalencia más alta (38%), en aquellos de origen hispano (Esen K., 2013).

En México se estima una prevalencia general en población con DM del 31,6% y es la principal causa de ceguera monocular o binocular entre los 16 y 60 años (Carrillo, 2011).

En el estado de San Luis Potosí, tan solo 6 de cada 10 pacientes que llegan al área de oftalmología del Hospital 50 del IMSS presentan diabetes, lo que ha llegado a afectarles la retina (Código San Luis, 2015). Desconociendo el dato de pacientes con RD en nuestro municipio de Matehuala.

La RD, genera una discapacidad, por la deficiencia, limitación de actividades o restricción de la participación de las personas en su vida diaria de acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud aprobada en 2001.

Es importante señalar que de acuerdo a esta clasificación existen elementos que se deben de cumplir como es la incorporación de los factores ambientales y contextuales al análisis de la discapacidad, y la aparente superación de la causalidad biológica.

El problema de la discapacidad será abordado, como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio-ambiental en el que ésta se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas y

las interacciones con los factores externos medio-ambientales que pueden actuar como barreras y ayudas.

De acuerdo a las estadísticas poblacionales, la morbilidad y el total de población con RD que se refiere, nos lleva a realizar una profunda reflexión sobre las estrategias que se requieren cimentar y fortalecer con el único fin de lograr una prevención en todos los niveles.

Nefropatías

De acuerdo a Polanco-Flores, Nasser Abdel, & Rodríguez-Castellanos, Francisco. (2019), la enfermedad renal crónica es un padecimiento que ha incrementando su prevalencia e incidencia en los últimos años, afecta a más de 10% de la población mundial. En Estados Unidos se calcula que existían 118,014 pacientes con enfermedad renal de los que 44.2% es por nefropatía diabética y 28.6% por nefropatía hipertensiva; el grupo etario de 45-74 años es donde mas prevalece (64.4%), En toda la República Mexicana no existe una base de datos de pacientes con enfermedad renal crónica, se ha calculado que Jalisco y Morelos superan a Estados Unidos y Europa, pero es evidente señalar que existe un subregistro. De acuerdo a los estudios prospectivos entre 25 y 40% de los pacientes que padecen DM tendrá algún grado de nefropatía a lo largo de su evolución.

Neuropatías

Eva L. Feldman y coautores (2019) indican que varios estudios han evaluado la prevalencia y/o incidencia de neuropatía, aunque la definición de neuropatía

utilizada es diferente en cada estudio. Por lo cual las estimaciones de prevalencia es 1% a 4% para la neuropatía, con 40 a 55% de estos casos secundarios a diabetes. La causa de la neuropatía se atribuyó a la diabetes en más de la mitad de los casos después de un diagnóstico neurológico. En los Países Bajos, la incidencia de neuropatía aumenta drásticamente de <50 casos por 100,000 personas-año en los menores de 50 años de edad y en mayores de 75 años aumenta a 300 por cada 100,000 personas-años y la diabetes representa el 32% de todos los casos. La prevalencia de neuropatía con DM T2 (8–51% 18–20). También señalan los autores que la prevalencia de neuropatías aumenta con el tiempo de padecer la enfermedad de DM T2.

Pie diabético

De manera textual para abordar el pie diabético (PD), retomaremos a Couselo-Fernández, I., & Rumbo-Prieto, J.M.. (2018) que define al PD como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática, inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce una lesión y/o úlcera en el pie. Esta complicación supone un sobre costo económico al sistema sanitario, asimismo de importantes repercusiones tanto personales como sociales. La prevalencia estimada de úlceras en pie diabético (UPD) es de 1.5%-10%, con una incidencia de 2.2%-5.9%. Aproximadamente, el 50% de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de DM2, presentan uno o más factores de riesgo de ulceración. El pie diabético supone la primera causa de ingreso hospitalario y es el principal factor de riesgo de amputación en estos pacientes, así como la primera causa de amputación no traumática a nivel mundial.

Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser 25 veces mayor que las personas sin diabetes.

Todo lo anterior nos habla que las personas que padecen DM t2 pudieran presentar duelos ante la pérdida de la salud, más los duelos que puedan presentar por las complicaciones y las pérdidas a las que se enfrentan cotidianamente.

En nuestro municipio de Matehuala, en la búsqueda del arte, no se han encontrado algún reporte sobre las experiencias de vida enfocados en los duelos que tienen las personas con DM T2 y las distintas complicación crónica de la DM, o las perspectivas de duelos que puede tener una persona con discapacidad adquirida que vive las manifestaciones crónicas de su enfermedad de base, o de los significados que puede tener de estas patologías o procesos de salud mental que merman su calidad de vida, por ello se sustenta que conocerlos, describirlos, analizarlos y darlos a conocer pueda servir de base para los profesionales de la salud en específico de enfermería para que oriente el cuidado profesional que esta población requiere.

Todo lo anterior nos lleva plantear la siguiente pregunta que guio a este tesis.

Por lo cual la pregunta de investigación es:

¿Cuáles son los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo2 con o sin discapacidades crónicas pertenecientes al centro de Salud Ollerias de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P. ?.

1.4 Objetivo general

Analizar los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 con o sin discapacidades, con el fin de explicarlos y dilucidar los mecanismos de las personas que los experimentan, pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P.

1.5 Objetivos específicos

Tipificar los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 con o sin discapacidades, pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P.

Identificar en que etapas se encuentran los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 con o sin discapacidades, pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P.

Aplicar la fenomenología para abordar los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 con o sin discapacidades, pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P.

1.6 Justificación.

Las pérdidas estarán presentes en la mayoría de las personas en el transcurso de la vida, y con ello experimentarán duelos de diferente índole y en diferentes magnitudes, bajo este concepto entonces, el proceso de enfermedad de manera

inminente traerá consigo la pérdida de salud; y el proceso de envejecimiento traerá la pérdida de la juventud y el cambio en algunos otros aspectos. (Cabodevilla 2007; García y cols 2014; Cerquera y cols 2015).

Desde la concepción biopsicosocial no será posible evitar las pérdidas y con ello los duelos, esto es importante de detectar, ya que la forma en que las personas actúan ante las pérdidas se predisponen hacia la suma de los duelos que experimentarán y a los componentes de la adaptación al entorno, a la reconstrucción del mundo, y la relación entre sí mismos, (Flórez 2002).

El estudio del fenómeno de los duelos presentados en el proceso de envejecimiento patológico es necesario para poder tipificar los duelos, y conocer los tipo de duelos a los nos enfrentamos, en qué etapa se encuentran y en qué tipos de enfermos. El conocimiento, la detección y la tipificación es importante para poder establecer, “si esta interviene en la enfermedad crónica y en el proceso de envejecimiento, para aceptar la enfermedad y generar cambios en los estilos de vida”, con este estudio se podría beneficiar a corto, mediano y largo plazo a los individuos que padecen diabetes mellitus y a los profesionales de la salud, ya que al identificar que la suma de duelos ante la enfermedad, los cambios y el proceso de envejecimiento trae consigo, duelos patológicos” se podrán establecer y proporcionar un apoyo para identificar, el diagnóstico y tratamiento desde el cuidado a la salud mental y con ello apoyar a que se logre un envejecimiento exitoso.

En la búsqueda de antecedentes de trabajos realizados con la tematica en lenjuaje español no se encontraron referentes en metabuscadores y en revistas indexadas

sobre los tipos de duelos que viven las personas con DM t2, a nivel local, estatal, y nacional.

Todo esto justifica el porque es necesario realizar esta investigación: darle voz a las personas con DM t2, conocer los duelos y tipificarlos bajo metodología cualitativa, difundir el conocimiento para que los pacientes y profesionales de la salud puedan conocerlos y realizar propuestas y/o acciones de atención y cuidado desde el quehacer y la responsabilidad de cada uno.

1.7 Beneficios esperados.

La trascendencia de esta investigación radica en que permitirá generar una mayor concientización en los profesionales de la salud y en la población al generar información y difusión del conocimiento sobre la atención de los duelos como parte de la salud mental específicamente en la dimensión de la enfermedad crónica como DM , área olvidada por quienes están al frente de la atención primaria.

En este proyecto de investigación se busca generar conocimientos al tipificar los duelos que las personas viven y experimentan en el proceso de envejecimiento con enfermedades crónicas, con lo cual nos permitirá establecer un diálogo entre la teoría y las vivencias de cada una de las personas en proceso de envejecimiento generando un conocimiento en el área de la salud mental en la dimensión de los duelos, en el que se conocerán sentimientos, formas de actuar y de adaptarse al entorno.

El comprender a voz de las personas que han experimentado duelos en el proceso de envejecimiento nos brindará la oportunidad de entender como los han afrontado y si estos intervienen o intervinieron en el proceso de enfermedad. Lo anterior para establecer una estrategia de abordaje y de cuidado para lograr un mejor envejecimiento.

Además el trabajo beneficiará al recurso humano que labora en el centro de Salud Ollerías en donde dentro de sus prioridades no se encuentra la Salud Mental específicamente no existe un programa para detención y manejo de los duelos.

1.8 Limitaciones

El desarrollo de la presente investigación puede tener las siguientes limitaciones:

La localización de los actores sociales por dirección en los expedientes del centro de salud como es conocido por todos, muchas veces la población que acude a atención médica no actualiza la dirección. Para resolver esta situación se citarán a los sujetos a investigar la primera vez en el centro de salud y posterior a ella se entrevistará en sus domicilios.

1.9 Alcances

La investigación ,se desarrollará con los usuarios del Centro de Salud Ollerías, perteneciente a la Jurisdicción Número 2 de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala San Luis Potosí, se seleccionó este centro de salud, ya que atiende a la zona Noreste de la ciudad de Matehuala y la población son adultos, ya que son colonias muy densas en cuestión de población y sus habitantes por rango de edad o grupo etario son mayoría adultos que se encuentran en proceso de envejecimiento.

En cuanto a la delimitación temporal se estará realizando la investigación entre los años 2020 y 2021, para analizar la información y difundirla se esta planeado dos años naturales es importante aclarar que en los años que se realiza esta investigación se esta cursando por una contingencia sanitaria de COVID-19 y muchos de los comites de investigación, tal es el caso del de la ciudad de Matehuala a suspendido actividades hasta nuevo aviso por lo cual se acudira al domicilio con la carta firma de autorización del ISEO para poder solicitar el permiso de manera individual en cada hogar de los sijetos a investigar.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Duelos

De acuerdo a Kaufmann Salinas S (2015), el duelo es una forma de memoria, cuando se esta lidiando con el objeto perdido, es claro que es una memoria dolorosa explica el autor, pero al mismo tiempo es una memoria liberadora, es un deseo de ser fiel con el pasado. La aceptación de la pérdida reconcilia, al sí, en el sentido de que no esta luchando más contra la realidad sino aceptándola. La memoria que no ha hecho la labor del duelo, se enfrenta a la compulsión a la repetición y de la melancolía, donde el pasado se manifiesta de las acciones del sujeto a pesar de lo que desea. La melancolía es el precio a pagar por un pasado con el que no habrá reconciliación. Ahora bien de acuerdo con este autor la memoria en caso de hacer el duelo tiene una recompensa que es una memoria reconciliada, o la traducción es el gozo, felicidad. Para entender esta postura es necesario comprender que el duelo esta intimamente relacionado con la idea de finitud, somos seres finitos, experimentaremos pérdidas, frustraciones, juventud, limitaciones y nuestra memoria será testigo, de cada una de las pérdidas vividas, pero el duelo nos dará la libertad de recordarlas y aceptarlas. Para poder explicar esta postura el autor Kaufmann Salinas S., cita a Ricoeur en donde sustenta que nuestra finitud esta vinculada a nuestra vulnerabilidad y nuestra fragilidad, por ello es importante vivir y hacer el duelo, porque este nos permite aceptar dicha fragilidad y aceptar nuestra finitud.

Desde lo explicado por Kaufmann Salinas S., (2015), cuando no se hace el duelo y se vive en la melancolía se podría relacionar con el sentido de omnipotencia, y al

no reconocer las limitantes puede presentarse el abatimiento la tristeza. Pero si se aceptan las limitantes se puede ser un ser capaz, capaz de prometer o de tomar responsabilidad, es aceptar la herida, estructurar a partir de la confianza en si mismo. El duelo para este autor es un hecho fenomenológico que también esta constituido por una alteridad. La pérdida para el doliente amenaza con su propia existencia y afecta la identidad, del deseo por eso perdido (alteridad). Hacemos duelo por la alteridad perdida, por la posibilidad de perder lo que poseemos e incluso lo que nunca habremos de tener. Cuando se acepta el duelo es reconocer que el objeto, o posesión es distinta al yo, es aceptar la ilusión de que su existencia dependia de mi, es asumir que lo perdido seguirá presente pero de otra forma o manera. El aceptar esta finitud de acuerdo al autor, es ejercer una ética del duelo, en donde verdaderamente se expone la finitud, el desapego, y en donde podemos recuperarnos de ella, evitando en todo momento el autoengaño.

El autor Kaufmann Salinas S.,(2015), cita a Foucault, donde argumenta que se hace necesario que, ante la pérdida y el duelo se tiene que pasar el cuidado del sí mismo, el cuidado hablando de la acción, donde se es capaz de ser libre, de ser dueño de sí, donde se tenga conocimiento de si mismo, reconociendo que es de una forma profundamente verdadera, y entendiendo los principios que giran entorno a la persona, para que con ello se integren las técnicas y la práctica del cuidado del si mismo, sobre el propio yo, y donde el ser ético es un objetivo que nos lleva a conseguir la felicidad, sabiduría, pureza o inmortalidad. Ante la pérdida es pues necesario cuidar del si, de cuidar del alma a través de acciones para poder liberarnos y estar listos para otras tareas.

Bowlby (1980) define el duelo como “todos aquel procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que pone en marcha la pérdida de una persona significativa, cualquiera que sea su resultado”. Podemos decir que el duelo es un proceso complejo que afecta profundamente el bienestar, la salud y la vida del deudo en todos los niveles físico, psicológico y social. Modifica la identidad, la visión de sí mismo, del mundo, de sus relaciones, personales, sociales y laborales. Implica el esfuerzo de aceptar un cambio, que su vida ha sido sacudida, que ya no es la misma y que por ende se ve obligado a adaptarse y enfrentar una realidad indeseada, que preferiría olvidar, negar.

El duelo para este autor es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de un ser querido que conlleva, en general, un largo y costoso proceso de elaboración y ajuste.

En resumen el duelo es un proceso adaptativo ante la pérdida de un ser querido o de algo significativo. Este proceso es necesario para que una persona se adapte a una nueva situación. El origen etimológico de la palabra “duelo” proviene del latín *duellum* que significa dolor.

De acuerdo a García Hernández A.M (S/F), En sus definiciones de duelo, indica que son destacables los aspectos subjetivos, puesto que lo que interesa es la percepción individual, familiar o social, ya sea ocasionado o no por condiciones objetivas -pérdida o razones subjetivas tales como pérdidas de origen simbólico. Ahora bien el constructo del duelo es multidimensional e incluye normas o estándares, expectativas, posición en la sociedad, ideologías religiosas o estéticas, posicionamiento ante el mundo, etc., y permite aludir a dimensiones positivas y

negativas del mismo, aunque quienes lo viven se centran fundamentalmente en la ausencia de lo perdido

De acuerdo al autor Flórez S.D (2002), que citaré de manera textual, indica que existen diferentes perspectivas del duelo y estas tienen una importancia relevante para el doliente como:

1. La perspectiva psicológica: en la que nos indica que no es posible evitar los duelos, y la reacción dependerá de cada persona, ahora bien los duelos no elaborados predispone hacia dificultades con otros duelos y estos pueden cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología, o recaer en psicopatologías existentes. Esta perspectiva nos señala que la forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno.,(llamadas transiciones o crisis psicosociales). A lo largo de nuestra vida

2. En la Perspectiva social y etiológico antropológica señala que la elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. En donde se hace necesario el trabajo interno y algunos actos que son permitidos por cada cultura y sociedad

3. En la Perspectiva biológica, El duelo es una respuesta fisiológica y emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales. En general se han evidenciado complejas interacciones psico-neuro-endocrino-inmunitarias, con alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

Ahora bien de acuerdo a Barreto, P. & Soler, M. (2007). encontramos los siguientes modelos explicativos, estos modelos consisten en explicar el duelo y que lo convertira en complicado o patologico.

1. La teoria psicodinámica explica que el duelo es la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de forma saludable.
2. La teoría del estrés, nos habla que el duelo se considera como un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo, esta teoría insiste en las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunitario y en la necesidad de estudiarlas, por ejemplo la alteración de linfocitos que se presenta ante el duelo. Esta teoría explica que el individuo presenta alteraciones en el bienestar emocional y funcional (social). La presencia de depresión o síntomas depresivos producen cambio en el funcionamiento físico y disminuye la salud en general y el bienestar emocional. El grado de estrés percibido dependerá del autoconcepto y del afrontamiento que se haga de la pérdida pudiendo ocasionar trastornos efectivos y del sueño que a su vez producirá respuestas a nivel autonómico, neuroendocrino e inmunológico que puede facilitar el comienzo o progresión de una enfermedad.
3. Perspectiva Funcional: consideran que las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste de los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones negativas y positivas. Está asociado a una evaluación profunda de la pérdida como algo irreversible y que todo abarca y todo envuelve a la persona.

4. En el modelo de proceso dual considera que la pérdida es fluctuante y dinámica sin embargo necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento. En este modelo se explica que el doliente realiza un trabajo intenso en relación con el duelo y experimenta, explota y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tiene en su vida. Ahora bien también se centra en la reconstrucción y se centra en las responsabilidades domésticas y laborales. Este modelo admite cierto grado de evitación que le permite transitar entre lo positivo y negativo.
5. El modelo médico: este modelo plantea el duelo como una enfermedad o una posible disfunción psiquiátrica, ya que se presentan una serie de desviaciones del estado de salud y del bienestar al considerar la pérdida tan traumática como el hecho de hacerse una herida o quemarse.
6. El modelo de la teoría del Apego de Bowlby, considera el desarrollo de vínculos como instintivos y característicos en muchas especies, estos se producen por la necesidad que tenemos de protección o seguridad y tiene como objetivo la supervivencia ya que mantienen el contacto con los cuidadores y reduce el riesgo de sufrir algún daño. La Meta del apego es mantener el vínculo afectivo y cuando este se ve amenazado o roto se suscitan relaciones emocionales intensas. El duelo aparece cuando se da la ruptura de este vínculo.
7. La teoría del constructo: la muerte de un ser querido causa una ruptura de los constructos personales acerca del mundo, del fallecimiento y de la relación con él. Lo que le exige el desarrollo de nuevos esquemas.
8. La teoría cognitiva, esta teoría plantea que los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos en relación con los acontecimientos de su vida. Sus

pensamientos son los responsables de las emociones y de la conducta humana, este modelo señala que el ajuste se producirá con una reconstrucción de significados. Ahora bien algunas investigaciones han determinado los factores más representativos que influyen en el proceso de duelo. Entre estos factores se pueden mencionar la personalidad, la circunstancias en que se da la pérdida o se notifica la enfermedad, la edad, experiencias infantiles y las redes sociales (amigos, familia, profesionales). Tenemos tendencia a establecer lazos emocionales con otras personas, son apegos que desarrollamos y perduran durante parte de nuestra vida, cubriendo nuestras necesidades de protección y seguridad. La conducta de apego cumple una función de supervivencia por lo que es fácil comprender las intensas reacciones emocionales que se disparan en nosotros cuando dichos lazos se rompen o se ven amenazados.

9. Teoría de la Vinculación elaboración por John Bowlby y sus colaboradores nos propone un factor interno y un factor intrapersonal, la calidad de la relación con el fallecido que va a mediar y condicionar la adecuada evolución del proceso y por lo tanto constituye un paradigma muy útil para clasificar la naturaleza y significación de la pérdida y para entender los distintos modelos de duelo complicado, ahora bien desde esta perspectiva los adultos con vinculación insegura en su infancia van a presentar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de los duelos complicados cuando afronten situaciones de pérdida. Y los vínculos de ansioso-dependiente son un factor de riesgo que predice el duelo crónico que no se concluye con el tiempo. (Payas P. A., 2010 pp 38-39)

La elaboración de los duelos se caracteriza por: Un equilibrio entre la asimilación de lo nuevo y la reubicación de lo dejado atrás. Es un proceso complejo de elaboración, de integración no exento de dolor y de sufrimiento.

Los tipos de duelos que se han reconocido por diferentes autores se describen a continuación los cuales clasificare por presentación, tiempo, tipo de pérdida, y estado o condición de vida

1. Duelo normal. De acuerdo a S.D. Flores (2002), el duelo normal o duelo no complicado es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo. Al principio suele manifestarse como un estado de “shock” caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llanto y suspiros. También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio; son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño.

2. Duelo patológico o crónico: fue descrito por Bowlby este está caracterizado por respuestas emocionales intensas y prolongadas frente a la pérdida de un ser amado, asociadas por lo general a accesos de cólera y autoreproches pero sin pena observable. Mientras los dolientes permanecen con esta respuesta se mantendrán con una vida en tristeza desorganizada. La depresión constituye un síntoma principal, caracterizado por tristeza, abatimiento, desgano, desaliento, dificultad para conciliar el sueño, fatiga, sensación de inquietud o retardo, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpabilidad, deseos de morir o

pensamientos suicidas. En ocasiones puede existir: pérdida del apetito, pérdida de peso, ansiedad, agorafobia, hipocondría y alcoholismo (Cevo C.M.C.,2020)

3. Duelo anticipado: de acuerdo a los autores Guinot, J. L., Cuesta, M., Farriol, V., & Postigo-Zegarra, S. (2019), donde citan a Lindemann y que sustentan que el duelo anticipado es el proceso de desapego emocional que se da antes de la muerte de un ser querido o la pérdida anticipada de algo y considera que puede favorecer el reconocimiento de la realidad de la pérdida de una forma gradual, lo que haría más sencillo resolver asuntos inacabados con el ser querido que va a morir en un tiempo breve. También puede ayudar a cambiar algunos aspectos sobre uno mismo frente a la vida y la forma de vivirla, hacer planes sobre el futuro cambiante que se aproxima y así prepararse para la pérdida. En este mismo trabajo citan a Barbero, para poder sustentar que el duelo anticipado no es un estado sino una tarea y nos plantea la experiencia del morir y acompañar a morir como un proceso. La muerte es un instante, pero el morir supone un tiempo en el que es posible actuar y en el que uno elige su actitud frente a una adversidad que no se puede cambiar. Y, cuando hay un proceso, hay necesidad de acompañamiento, y se hace imprescindible aprender cómo hacerlo. La experiencia de sufrimiento empieza mucho antes de lo que es la muerte del ser querido. Hemos dicho que es un proceso de desapego emocional, pero no queremos desapegarnos de aquellos a los que amamos. Por ello, el duelo anticipado supone siempre una percepción de amenaza, aunque esta puede ser consciente o no.

El duelo anticipado o anticipatorio es, en realidad, más frecuente aún que el dolor del duelo, pues podemos “morir” y “afligirnos” muchas veces en la vida antes de que la muerte llame a nuestras puertas. No sólo hay duelo anticipado por la muerte

cercana, sino ante cualquier pérdida anunciada; sin embargo, nos centraremos en la pérdida relacionada con el proceso de morir.

4. Duelo agudo: Son momentos intensísimos y excepcionales. Las últimas horas, la agonía, el mismísimo instante de la muerte, el tránsito, y la conmoción inicial de los presentes. Este período es una auténtica catástrofe psicológica. Se produce un fuerte shock emocional y un embotamiento de la sensibilidad con reacciones de sorpresa e incredulidad, parálisis psicológica, anestesia emocional. Se actúa de forma robotizada, mecánica, según los usos y rutinas sociales. Las reacciones físicas en los primeros momentos pueden ser diversas: llanto intenso, gritos, hiperventilación, dificultad para respirar, opresión en el pecho, en la garganta, dolor de estómago, espanto o rigidez física, sequedad de boca, temblores, desfallecimientos, debilidad muscular, etc. (García-García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., y Andollo, I. 2001).

5. Duelo Intermedio: Este período está entre el duelo temprano y el tardío, pero en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años, es un tiempo de tormenta emocional y vivencias contradictorias, de presencias, de autorreproches y culpas, etc. Tras el tormentoso período inicial, el doliente reinicia su vida cotidiana y comienza a percibir progresivamente la realidad de la pérdida, iniciando los múltiples duelos por las múltiples pérdidas que, poco a poco, va percibiendo en su vida diaria y, sobre todo, en las numerosas circunstancias cíclicas que aparecen a lo largo del primer año (cumpleaños, aniversarios, fiestas, etc.). Con el tiempo se va dando cuenta de que falta aquello perdido en su vida cotidiana. Con cierta frecuencia, se produce por vez primera la

experiencia de vivir sin eso amado. (García-García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., y Andollo, I. 2001)

6. Duelo sin resolver: de acuerdo a los sustentantes de la tesis denominada Tipos de duelo y estrategias de afrontamiento. y realizada por Varela López, L. L., Reyes Monroy, C. A., y García, J. (2017), refieren que el duelo sin resolver, significa que la fase de duelo sigue presente. La persona no puede aceptar haber sido despojada de su afecto y del vínculo existente entre ambos, de manera que no puede incorporar el hecho a su vida y permanece esclavo del ausente. Sin embargo, suele denominarse así, al tipo de duelo que sucede cuando ha pasado cierto tiempo (entre 18 y 24 meses) y todavía no se ha superado permaneciendo latente como una herida sin curar.

7. Duelo ausente o duelo inhibido o negado: el doliente da muestra de autosuficientes, desdeñan los sentimientos, consideran las lágrimas como signos de debilidad, pero aparecen tensos, irascibles, no hacen la menor referencia a la pérdida, tienen dolores de cabeza, insomnio y sueños desagradables. En este tipo de duelos pueden aparecer factores que precipiten una postración y dan lugar a un duelo diferido en el tiempo, como son: un aniversario, otra pérdida de importancia menor, llegar a misma edad que tenían el padre o la madre al morir y una pérdida de una persona que es allegada, o bien cualquier situación que tenga una relación con las circunstancias de la pérdida (Fraile, S. G. 2006). En el 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. (García-García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., y Andollo, I. 2001)

8. Duelo retardado o aplazado: también diferido, aplazado. Frecuente ante pérdidas inesperadas, supone una inhibición inicial, una prolongación de la negación que al tiempo puede responder de manera exagerada
9. Duelo tardío: Transcurridos entre dos y cuatro años, el doliente puede haber establecido un modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta. Un modo de vida que puede ser tan grato como antes, dependiendo del éxito que haya tenido en este proceso. Sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, aunque dejan de ser invalidantes. Se puede decir que empieza a vivir pensando en el futuro, no en el pasado. (García-García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., y Andollo, I. 2001)
10. Duelo desautorizado: n el duelo desautorizado se evidencia, un rechazo del entorno hacia el dolor que experimenta una persona. A la larga, tarde o temprano los demás siempre intentan desautorizar el duelo en algún punto porque para quien no experimenta el sufrimiento, lo que debe hacer el doliente es dejar ir a quien ya se fue y seguir con su vida. Sin embargo, hay situaciones específicas en las que abiertamente se desautoriza el duelo desde un comienzo. (Varela López, L. L., Reyes Monroy, C. A., y García, J. 2017). Ese tipo de duelo de acuerdo a Payas P A(2010), cuenta con 4 categorías: 1.- cuando la relación no es reconocida, los lazos de la vinculación no son valorados socialmente como significativos; 2.- cuando la pérdida no es reconocida y la muerte o pérdida no es socialmente valorada como significativa; 3.- cuando el doliente es excluido si la persona no está definida socialmente o se le considera incapaz de hacer el duelo; 4.-cuando las circunstancias particulares de la pérdida pueden influir en cómo la sociedad limita el apoyo del doliente es el caso de la muerte estigmatizada como son el suicidio y

el homicidio . Es importante aclarar que los duelos son identificados como un riesgo de duelos complicados por los sentimientos de culpa, vergüenza e inadecuación y la falta de apoyo social y de rituales significativos (Payas P.A.,2010 pp 56)

11. Duelo distorsionado: El duelo distorsionado, se manifiesta como una fuerte reacción desproporcionada en cuanto a la situación. Suele ocurrir cuando la persona ya ha experimentado un duelo previo y se encuentra ante una nueva situación de duelo. Varela López, L. L., Reyes Monroy, C. A., y García, J. 2017).

12. Duelo exagerado: El doliente experimenta una intensa reacción de duelo, se siente aplastado, desbordado y busca ayuda o recurre a una conducta maladaptativa. Es consciente de que los síntomas y las conductas que está desarrollando tienen relación con la pérdida

13. Duelo migratorio: este duelo se presenta cuando la persona tiene que moverse de su lugar de origen a otro destino y tiene dentro de si diferentes duelos como:

- a. Duelo Exagerado: una exagerada prolongación del duelo; Duelo Retardado:
- b. Duelo Parcial en tanto que el “objeto” de la pérdida no desaparece como tal y para siempre, sino que existe la posibilidad del reencuentro.
- c. Duelo Total en el que el “objeto” de la pérdida desaparece para siempre y no hay posibilidad de que vuelva, no hay opción al reencuentro.
- d. Duelo Recurrente: el duelo siempre se está reabriendo, al contacto telefónico, internet, los viajes esporádicos, la llegada de viajes hacen que el vínculo se reavive. Más recurrente se vuelve el duelo cuando las circunstancias no marchan bien, es muy común que aparezca la “fantasía del regreso”.tanto más fuerte cuanto más contactos recurrentes

e. El duelo por la familia y los amigos: Este duelo comprende la separación de la familia: hijos pequeños, padres mayores, hermanos, familia extensa, además de los amigos y relaciones íntimas. Supone una pérdida de la red familiar. Hay que destacar que este proceso no es de pérdida total, por cuanto una de las tendencias más frecuentes es al “reagrupamiento”. En cualquier caso el reagrupamiento no puede ser completo y en muchos casos este no se llega a dar ni en una mínima parte.

f. El duelo por la lengua: La pérdida del idioma o lengua materna para el uso cotidiano en la mayoría de los contextos hace dificultoso la expresión de los aspectos íntimos. El aprendizaje de la nueva lengua no conlleva la incorporación de claves y códigos que permitan la expresión de lo que cada cual lleva dentro.

g. El duelo por la cultura: Se siente una pérdida por aquellos hábitos, valores, formas de vida propios de la cultura de procedencia. Se intenta revivir día a día esas costumbres y usos. Desde el tipo de comidas que se cocinan, el tipo de indumentarias que se visten, los colores con los que se pintan las paredes.

h. El duelo por la tierra: Este tipo de duelo entiende la “tierra” en sentido amplio: los paisajes, los colores, los olores, la luminosidad, cuando una persona no quiere estar en un lugar tiende a magnificar los aspectos negativos de ese lugar y lo vive como asfixiante y agobiante.

i. El duelo por nivel social: La emigración comporta una pérdida de nivel social, el inmigrante se incorpora al último escalafón social independientemente del estatus que ostentara en su país de origen. Cuando la estancia en este peldaño se hace prolongada, máxime cuando no es esta la expectativa, la persona tiende

adesmoralizarse, desmotivarse y valorar en negativo su esfuerzo de adaptación y progreso.

j. El duelo por el contacto con el grupo étnico: nuestra mayor seguridad la obtenemos en el encuentro con nuestro grupo de pertenencia, donde nos identifican, reconocen. Sin embargo la confluencia de la distancia de lo nuestro y posibles situaciones de rechazo y aislamiento hace más patente esa pérdida.

k. Segundo duelo migratorio: el retorno. El regreso del inmigrante, ya sea temporalmente o definitivamente, es una “nueva migración.

En la búsqueda de calificaciones de duelo se encuentra esta definición que proporciona (Varela López, L. L., Reyes Monroy, C. A., y García, J. 2017). En donde indica que se puede presentar el duelo por enfermedad terminal

14. El duelo en enfermedad terminal es el duelo que experimenta el enfermo y su familia cuando se les comunica que la enfermedad que padece no tiene cura. Lo cual puede brindar un para prepararse emocional e intelectualmente para la inevitable que es la muerte. Este duelo puede ser diferenciado en tres etapas principales:

- La primera etapa es cuando se conoce el diagnóstico de la enfermedad. se produce un sentimiento de aturdimiento y de que nada de lo que está sucediendo es real.
- La segunda etapa se caracteriza por la incredulidad y los intentos de revertir el desenlace. Se cuestiona el grado de probabilidad de un desenlace fatal y se manifiestan brotes de enojo contra el cuerpo médico que iría disminuyendo a medida que se va aceptando la realidad del diagnóstico.

- La tercera etapa es de reorganización. A medida que la enfermedad avanza, los familiares se van adaptando lentamente a esta nueva situación, aunque nunca se pierden todas las esperanzas. Aquí se entra en una tentativa para adaptarse a la ausencia del ser querido, se intenta aprender cómo serán las cosas sin la otra persona y a asumir la soledad.

Para poder describir los duelos por situación de retomaremos de manera textual a Gamo Medina, Emilio, & Pazos Pezzi, Pilar (2009).

15. El duelo por viudedad. La muerte del cónyuge interrumpe un proyecto de vida en común y modifica, necesariamente, de modo mucho más marcado que en otras pérdidas, la continuidad del curso biográfico. La muerte del cónyuge es un estrés psicosocial extremo, y que da lugar a una crisis, a un cambio de rumbo en la vida. Esta pérdida, junto a la de los hijos, es la más difícil de asumir y puede complicarse si el vínculo es problemático. Las relaciones muy estrechas, de signo positivo, ambivalente en exceso o simbiótico, pueden originar dificultades para la organización de la vida independiente del otro cónyuge, aunque el tiempo permite, al menos en parte, la reorganización en la mayoría de los casos. Muertes repentinas, que modifican la situación y estabilidad del entorno, pueden producir una sensación de desamparo, de sobrecarga para afrontar solo la vida o el cuidado de los hijos o sentirse como un abandono. La casuística y evolución resulta muy variada.

16. Duelo por la muerte de los padres. Está muy relacionado con sentimientos de dependencia, ambivalencia, por la existencia o no de una etapa de cuidados de los padres; por las modificaciones posteriores de la relación con los hermanos o familiares y el reparto de la herencia. El sentimiento de orfandad y soledad existe,

aunque la pérdida se produzca en cualquier edad. Este duelo es el más decisivo en cuanto al lugar de la generaciones y a propio papel en la evolución de la vida.

17. La pérdida acumulada de las figuras sustitutivas: puede sumar dificultades; a veces, se puede observar que el desencadenamiento de una patología sucede tras la pérdida de los abuelos que habían desempeñado un rol parental, sustitutivo o complementario.

18. La pérdida de hermanos o amigos, con lo cuales la identificación está a un nivel de igualdad, puede hacer tambalear la estabilidad en un momento cambiante y enfrentar, de una forma más directa y personal, la realidad de la muerte. Se ha observado que la muerte de algunos hermanos de forma imprevista o traumática, violenta o en relación con problemas de droga, puede dar lugar a procesos patológicos o síntomas identificatorios. Los procesos de larga enfermedad, seguidos de muerte, tanto en la infancia como en la adolescencia, centran en torno a ellos una etapa del desarrollo.

Modelos descriptivos de las fases del duelo o modelos dinamicos de las fases y tareas

El duelo es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y que aunque es una experiencia individual y universal, cada persona lo vivira de distinta manera, en este sentido muchos de los autores indican que aunque es diferente, los dolientes presentaran razgos o aspectos comunes.

En este sentido tenemos los siguientes teoricos con sus modelos conceptuales de las fases del duelo (Alberola Candel V, Adsuara Vicent L y Reina López N. 2014; Payas P A 2010 pp 62,).

Elisabeth Kübler-Ross (1969) es una de las principales pioneros y referentes de las fases del duelo y las clasifica en 5 etapas, y que se describen a continuación:

1. Etapa de la negación: Esa negación puede inicialmente amortiguar el golpe de la muerte de un ser querido y aplazar parte del dolor, pero esta etapa no puede ser indefinida porque en algún momento chocará con la realidad.
2. Etapa de la ira: En esta fase son característicos los sentimientos de rabia y resentimiento, así como la búsqueda de responsables o culpables. La ira aparece ante la frustración de que la muerte es irreversible, de que no hay solución posible y se puede proyectar esa rabia hacia el entorno, incluidas otras personas allegadas.
3. Etapa de la negociación: En esta fase las personas fantasean con la idea de que se puede revertir o cambiar el hecho de la muerte. Es común preguntarse ¿qué habría pasado si...? o pensar en estrategias que habrían evitado el resultado final, como ¿y si hubiera hecho esto o lo otro?
4. Etapa de la depresión: La tristeza profunda y la sensación de vacío son características de esta fase, cuyo nombre no se refiere a una depresión clínica, como un problema de salud mental, sino a un conjunto de emociones vinculadas a la tristeza naturales ante la pérdida de un ser querido. Algunas personas pueden sentir que no tienen incentivos para continuar viviendo en su día a día sin la persona que murió y pueden aislarse de su entorno.
5. Etapa de la aceptación: Una vez aceptada la pérdida, las personas en duelo aprenden a convivir con su dolor emocional en un mundo en el que el ser querido ya no está. Con el tiempo recuperan su capacidad de experimentar alegría y placer.

Es importante señalar que de acuerdo a esta teoría los dolientes no pasan necesariamente por todas estas etapas ni en ese orden específico, así que el duelo se puede manifestar de distintas maneras y en momentos diferentes para cada persona.

Ahora bien de acuerdo con C. Parkes (1972) , el duelo es difícil de poner un punto final ya que incluso años después pueden aparecer recuerdos tan vívidos como los experimentados inmediatamente después de la pérdida. Las etapas que el describe son

1. “Entumecimiento y embotamiento” (Shock): en esta fase aparece fundamentalmente embotamiento afectivo, sentimientos de irrealidad (“no puede ser verdad”), incredulidad...
2. Anhelo y languidez: largos períodos de pena y anhelo intercalados con otros de ansiedad y tensión. Se pueden añadir a esta confusión emocional sentimientos de ira, autoreproches, baja autoestima y aturdimiento. La persona se puede sentir insegura y con la sensación de estar esperando cualquier desastre de un momento a otro.
3. Desorganización y desesperación: disminuye la intensidad emocional y aparecen amplios períodos de apatía y de desesperación. Todos los deseos se ven disminuidos y se prefiere no mirar al futuro. Puede aparecer aislamiento social y el doliente puede comportarse como si hubiese sido mutilado físicamente.
4. Reorganización y Recuperación: Primero se recupera el apetito por la comida. Los aniversarios suelen ser momentos de revivir el duelo, pero una vez pasan puede haber una mejora del humor y la energía. Las vacaciones pueden ser un momento de escape de todo lo que recuerda al fallecido. Aparecen otra vez, paulatinamente,

las motivaciones. Estas fases no siguen un orden temporal fijo y hay que tener en cuenta además la variabilidad interpersonal que hará que la duración y el orden de las mismas sea diferente.

Para Worden, W.(1997) el duelo no se trata únicamente de un estado en el que se sumerge una persona tras la pérdida, sino que implica un proceso activo. Se trata de un tiempo en el que la persona ha de realizar diferentes tareas a través de las cuales poder ir elaborando la pérdida.

Para este autor pues, existen cuatro tareas básicas que la persona en duelo ha de realizar tras la pérdida. Y son tareas que no necesariamente siguen un orden específico, aunque sí es cierto que se sugiere un cierto orden ya que hay determinada tareas que resulta difícil incluso plantearlas si antes no se han llevado a cabo otras más elementales. Estas tareas son las Siguietes

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida. Esta primera tarea es básica para poder seguir haciendo el trabajo del duelo. Aunque parezca algo evidente, incluso si la muerte es esperada, como sucede en los casos de enfermedad terminal, en los primeros momentos casi siempre existe la sensación de que no es verdad, una sensación de incredulidad que generalmente se resuelve en poco tiempo.

Tarea 2: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Aquí Worden hace referencia tanto al dolor emocional como al dolor físico que muchas personas sienten tras una pérdida significativa. Es importante reconocer los sentimientos que ésta despierta y no intentar evitarlos, sentir el dolor plenamente y saber que algún día pasará.

Tarea 3: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. La realización de esta tarea implica cosas muy diferentes en función del rol del fallecido y del doliente y de la relación que existiese entre ambos, pues no es lo mismo el que el fallecido sea el padre, la pareja o un hijo.

Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Básicamente se trata de poder continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros.

Neimeyer considera también el duelo como un proceso activo y aunque su planteamiento es muy similar al de Worden reformula las “tareas” de éste como “desafíos”, añadiendo algunos elementos que lo diferencian del anterior.

Estos desafíos que la persona ha de superar, los superará de forma diferente en función de los recursos de que disponga y de la naturaleza de la pérdida.

Según Neimeyer estos desafíos no se superan en un orden determinado ni se resuelven todos totalmente para el resto de la vida.

Después de poder comprender las múltiples clasificaciones de duelo y sus etapas es necesario que podamos enfatizar en las pérdidas y como estas marcan el tipo de duelo que la persona experimentará

2.2 Las Pérdidas

Para poder entender la magnitud del duelo es necesario poder entender como se clasifican las pérdidas y de acuerdo a Pangrazzi, se engloba en cinco bloques:

1. Pérdida de la vida: Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida.

2. Pérdidas de aspectos de sí mismo: Se refiere a pérdidas que tienen que ver con la salud, por ejemplo, pérdida de las capacidades sensoriales, cognitivas, así como psicológicas, por ejemplo, la autoestima, valores, ideales, ilusiones, etc.

3. Pérdidas de objetos externos: Estas son aquellas pérdidas que no tienen que ver directamente con las personas, sino más bien a pérdidas materiales, como puede ser perder un trabajo, un hogar, ciertas pertenencias y objetos vinculados o importantes para cada persona.

4. Pérdidas emocionales: Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades debido a que el contacto físico se ve limitado.

5. Pérdidas ligadas con el desarrollo: se refiere a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

Es claro que a lo largo de nuestra vida estaremos frente algún tipo de pérdida pero como ya se ha explicado no necesariamente todas las pérdidas se convierten en algún tipo de duelo que requiera intervención profesional.

Esto dependerá del apego y el vínculo que se tenga por lo perdido por ello en seguida desglosaré en que consisten los apegos.

2.3 Apegos

Para poder desarrollar el marco teórico referente a apegos me apoyaré de Pinedo Palacios, José Ramón, y Santelices Álvarez, María Pía (2006), Que en su trabajo “apego adulto”, retoman de manera muy clara los apegos citando a Bowlby.

Concepto de apego: Antes de hablar en detalle de los modelos o representaciones internas, es necesario definir a grandes rasgos el concepto de apego. Una de las

definiciones más difundidas dentro de esta teoría fue redactada por Bowlby (1995), y presenta en cinco puntos sus ideas centrales.

- (a) “La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados.
- (b) como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato,
- (c) y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez.
- (d) Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo.
- (e) Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos”

Al abordar el concepto de apego (Bowlby, 1988) es útil considerarlo como una forma clave de entender las relaciones; su función, fortalezas, problemas y alegrías y cómo estos evolucionan a lo largo de la vida y dentro de diferentes culturas.

Para adentrarnos en los apegos es necesario entender que los vínculos afectivos son un punto clave de acuerdo con la teoría de Bowlby, para este autor era esencial conocer cómo el ser humano forma estos vínculos, cómo los desarrolla y mantiene a lo largo del ciclo vital y cuáles son las secuelas de su pérdida.

Este autor definió los vínculos afectivos como “la búsqueda de la proximidad”, en contra de la idea psicoanalista que defendía que los vínculos afectivos tienen su origen en la sexualidad, en donde la búsqueda de la proximidad es con una figura de apego que responde a una razón biológica de supervivencia y el contacto con una figura concreta y a hacerlo en determinadas situaciones. (Bowlby 2012).

Bowlby, definió el vínculo de apego como “el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas y controladas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna. Desde la teoría del apego de Bowlby(2012) se considera el desarrollo de vínculos como algo instintivo y característico de muchas especies. El apego permite alimentar el vínculo, y cuando éste se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas. Por lo tanto, el duelo desde esta teoría se produce por la ruptura del vínculo.

Para poder entender el apego es necesario que podamos abarcar los sistemas conductuales y de motivación.

Los sistemas conductuales o motivacionales son entendidos como un conjunto de respuestas o un repertorio de conductas que tienen el objetivo de promover la satisfacción y regulación de las necesidades básicas.

Están programados genéticamente y son modelados por el ambiente. Favorecen la supervivencia del individuo y de la especie. Algunos sistemas pueden activarse al mismo tiempo y de manera sinérgica (p.e.: apego y sexual en la relación de pareja). Otros son excluyentes (sistema de apego y sistema exploratorio en la niñez temprana).

Los sistemas son:

1. Sistema de apego. Búsqueda protección por personas específicas.
2. Sistema de afiliación (a grupos).
3. Sistema de alimentación.
4. Sistema sexual.

5. Sistema exploratorio

La Estructuración de los vínculos de apego afectivo que se infiere de una tendencia estable a buscar la proximidad, el contacto, etc. Subyace a las conductas que se manifiestan no de una forma mecánica sino en relación con otros sistemas de conducta y circunstancias ambientales.

Los vínculos que genera el apego se establecerían en base a tres elementos:

a) Conductas de apego: Es el resultado de las comunicaciones de demanda de cuidados. El bebé no es alguien pasivo y protagoniza gritos, sonrisas, agitación motriz, seguimiento visual y auditivo, Permite y busca que la madre o cuidador/a principal se acerque y permanezca con él.

b) Sentimientos de apego: Es la experiencia afectiva que implica sentimientos referidos tanto a uno mismo como a la figura de apego. Introduce expectativas sobre cómo el otro se relacionará con nosotros. Una buena relación de apego comporta sentimientos de afirmación y seguridad

c) Representación mental: Es la representación interna que hace el niño de la relación de apego: los recuerdos de la relación, los “modelos operativos internos”. Son una construcción de un conjunto de representaciones interactivas que tienen cierto grado de estabilidad. Son un “trabajo” en el sentido de representaciones dinámicas que cambian para adaptarse a los diferentes periodos de los ciclos vitales. Esto nos sirve en los duelos para determinar la forma en que se vincula con lo perdido y en la forma que buscará reponerse mas tarde.

2.4 Diabetes Mellitus T2

Como primer punto se aborda el impacto que a nivel funcional ocasiona la diabetes mellitus (DM) en el adulto mayor para ello, Tessier, Ávila y Aguilar (2010, indican que la diabetes mellitus y sus complicaciones son: las alteraciones visuales, enfermedades renales (que llevan a un tratamiento de sustitución renal principalmente en la modalidad de hemodiálisis) y la aparición de pie diabético, y que estas complicaciones tiene un impacto significativo sobre el estado funcional debido a la pérdida de autonomía, finalizando con la importancia de un abordaje de tipo preventivo al inicio de la enfermedad, quizá sea la mejor manera de prevenir complicaciones y la pérdida de autonomía asociada a una enfermedad crónica degenerativa como lo es la DM.

Por otro lado se encontró que no solamente la DM y sus complicaciones tienen un impacto a nivel autónomo del adulto mayor sino que este va más allá como lo describe Ledon, L. (2012), cuando el autor habla de impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad, se adentra en dar a conocer aspectos desde los procesos de salud-enfermedad, basados en los significados construidos y su relación con 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, en el cual afirma que los procesos de salud de personas con diabetes mellitus experimentan un severo impacto psicológicos y sociales, relacionados con la construcción de la enfermedad que tiene una base psicosociocultural, estructurados a partir de estas vivencias.

En otra dimensión de la DM encontramos un trabajo que aborda las vivencias que experimentan los adultos mayores se encontro el trabajo realizado por Montiel, M. y Domínguez, M. (2011). Titulado “Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2”, Publicado en la Revista Latinoamericana de Medicina Conductual Vol 1 Num 2, cuyo objetivo fue explorar las razones por las que se presentan dificultades para controlar la diabetes y evitar complicaciones, llevado a cabo bajo la metodología cualitativa, en un grupo focal con pacientes adultos mayores. Basado en el Modelo de Creencias en Salud incluyendo susceptibilidad y severidad percibida, barreras, beneficios, señales para la acción, y auto-eficacia, incorporándose la exploración de fuentes y efectividad de apoyo social. Sus resultados fueron, que los pacientes con diabetes adultos mayores atribuyen los síntomas y complicaciones que experimentan a su condición de viejos y no necesariamente a la diabetes. Las barreras identificadas son económicas y falta de apoyo social. Por lo cuál concluye que se debe de considerar los compartimientos de adherencia terapeutica y fortalecer además de considerar las señales para la acción, manejo de barreras y apoyo social.

Dejando de la lado un poco el panorama de la DM y conociendo ya sus implicaciones en el adulto mayor, es importante mencionar la discapacidad visual en el adulto mayor para lo cual se encontro el trabajo realizado por Suárez, J. (2010), en el cual el autor realiza un análisis de la epidemiología a nivel mundial de la discapacidad visual, misma que con la ceguera ocupan el segundo tipo de discapacidad humana con mayor prevalencia mundial. Las causas más frecuentes son adquirida, no infecciosa o progresiva, y se acompaña de múltiples factores de riesgo y de entidades nosológicas sistémicas, que tienen la capacidad de generar

discapacidad múltiple y varios déficit oculares. Concluyen que se requiere un adecuado conocimiento epidemiológico y etiológico, ya que es el primer eslabón para ejecutar un buen manejo clínico, orientado a acciones de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad visual y ceguera, manejada por diferentes profesionales de la salud.

Otros autores abordan panorama epidemiológico como: Lima, Mora (2010), en donde refieren que las causas más frecuentes de deficiencia visual en diabéticos utilizando un método prospectivo en donde se evaluó la función visual. En cada paciente con deficiencia visual se identificó la causa y se comparó la presencia de deficiencia visual en pacientes con y sin retinopatía diabética. Arrojando los siguientes resultados: Se evaluaron 776 pacientes; 128 (16.4%) tenían retinopatía. La causa más frecuente de deficiencia visual en todos los puntos de corte fue catarata, seguida por ametropía, que superaron a la retinopatía en los puntos de agudeza visual $< 20/40$ y capacidad visual $< 20/40$, pero no en los puntos de capacidad visual $< 20/200$ y $< 5/200$. Discusión, las alteraciones más comunes producen una deficiencia que puede revertirse. Sugiere enviar a valoración oftalmológica a todo paciente diagnosticado con diabetes mellitus.

Conociendo ya la problemática de la discapacidad y sus causantes, existe un trabajo científico que nos habla de la complicación ocular, retinopatía diabética realizado por autores: Ávila, X. y Lima, V. (2013). Indican en su estudio que de 100 pacientes de la cual comprendió su muestra, con una edad promedio de 60 años, pacientes con retinopatía diabética 48; 6, retinopatía proliferativa (6%; intervalo de confianza [IC] 95%: 1.3-10.7), y 23, edema macular (23%; IC 95%: 14.8-31.2), proporción que superó la encontrada en la misma población 15 años atrás (razón de momios: 4.01;

IC 95%: 1.98-8.15).El 56% de pacientes con retinopatía que amenazaba la visión no tenían deficiencia visual. Teniendo como conclusion la importancia de facilitarse la referencia y detección de pacientes en riesgo, independientemente de su sintomatología visual.

Finalmente en publicaciones encontradas a nivel centroamerica por autores como: Pérez, Triana y Isas (2012), en este estudio se propone identificar las características clínicas de esta enfermedad en diabéticos tipo 2. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, casos y controles, con pacientes con retinopatía diabética, que acudieron al Servicio de Retina del Centro Oftalmológico “Dr. Salvador Allende” en 2008, se dividieron en dos grupos: perimer grupo, tratados con insulina, segundo grupo tratados con hipoglucemiantes orales. Se examinó un total de 120 personas, (agudeza visual máxima, oftalmoscopia indirecta, biomicroscopia de segmento posterior, tomografía óptica y angiografía fluoresceínica). Entre los principales resultados predominó la retinopatía diabética en pacientes mayores de 60 años, del sexo femenino y con más de 20 años de evolución de la diabetes. Los estadios avanzados de retinopatía, el edema macular clínicamente significativo y el mayor déficit visual predominaron en el subgrupo tratado con insulina. En ambos subgrupos resultaron inadecuados el control de la diabetes y el seguimiento por el oftalmólogo. Los resultados permitieron concluir que la retinopatía diabética se trata de una enfermedad que requiere control metabólico estricto y seguimiento periódico por el oftalmólogo.

Concluyendo con la búsqueda realizada en las tematica de discapacidad por DMT2, se encontraron resultados en los cuales se analizaba principalmente la fisiopatología de retinopatía diabética así como la importancia del apego al

tratamiento de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus, no se encontró algún artículo que tuviese relevancia para este apartado, siendo considerada la información para capítulos posteriores.

De igual manera no se encontró evidencia hasta el corte de la búsqueda producción científica que le diera voz a las personas que padecen de retinopatía diabética, lo cual en este trabajo, pretendemos conocer y difundir, en pro de la atención al cuidado profesional de los pacientes adultos mayores con RD con el fin de poder adéntranos al preocupante campo del cuidado que demandan hoy en día.

Es importante destacar que asuntos sanitarios de importancia en el país han sido olvidados o minimizados, al igual que ciertos grupos de la población. Por ejemplo, existe un espacio en estudios de formación y actualización de los recursos humanos para la atención de adultos mayores con discapacidad visual originada por una enfermedad crónica degenerativa como lo es la DM.

2.5 Envejecimiento.

La vejez es un concepto abstracto, considerado como una etapa de la vida, diversos autores concideran la vejez como una construcción socio-antropológica. Desde la mirada de la psicología del desarrollo se ha denominado el comienzo de la infancia, cuando se inicia la vida fuera del claustro materno, la adolescencia cuando comienzan los primeros disturbios de la pubertad, la adultez cuando la persona es independiente y la vejez ha sido considerada como la última de las etapas del desarrollo humano (Martínez Pérez, T, y colaboradores 2018).

El autor Mendoza Núñez V. (2015), refiere que no existe consenso en el ámbito gerontológico respecto a la edad de inicio del envejecimiento, pero señala que

algunos autores establecen que el envejecimiento inicia desde el nacimiento e incluso desde la concepción, también se ha establecido que inicia entre los 18 y 22 años cuando deja de producirse la hormona del crecimiento. Otra propuesta es que el envejecimiento inicia alrededor de los treinta años, porque a esa edad se empieza a deteriorar nuestro programa genético y comienzan los cambios corporales que configuran las características físicas del envejecimiento. El autor propone asumir que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida, alrededor de los 45 años edad, ya que en esa etapa de la vida se presentan cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales patentes relativos al envejecimiento en la mayoría de la población. Para fines de este estudio tomaremos la propuesta de Mendoza Núñez V.

Bajo la reducción del envejecimiento como fenómeno existencial a lecturas biológicas, psicológicas- sociales, dan pie, a la sociedad y al estado, para formular políticas públicas. Centradas como se ha visto, en visiones reduccionistas que, en la práctica, la permea de concepciones erróneas, muchas veces, asociadas a aspectos negativos.

Comprender el fenómeno de envejecimiento tiene sus efectos en el individuo pues lo sitúa en la tensión entre el “sí mismo” y el “uno mismo”. En esta tensión, se sitúan teorías y contra teorías, bajo el concepto de autonomía, versus Carencia de autonomía.

De acuerdo a Gildardo Noreña Castaño (2020), la teoría del apego definida por John Bowlby en 1969 es un mecanismo programado, que activa comportamiento y posibilita la vinculación del individuo. Contraria a la teoría de la desvinculación. El apego definido en Bianchi es un fuerte vínculo afectivo con estados, situaciones,

signos u objetos. En la infancia es el Apego seguro, allí, estructuran relaciones armónicas que se proyectaran en la vejez, como relaciones positivas. En adulto, el Apego evitativo, como aislamiento, frialdad y mutismo; y el apego ansioso, desconfiado, su consecuencia duelos no elaborados. Según Bianchi, evoluciona del apego primario en la infancia, al sustituible en adulto joven y al retorno al apego en el adulto mayor. De esta manera logra enfrentar problemas de pérdidas insustituibles en situaciones de difícil reemplazo. (Pérdida del cónyuge por ejemplo). Perder estos referente a los que se apega, impacta en la configuración del “ser-con”, lo desestabiliza, al no poder incluir en sus proyectos, personas o cosas que daban significado. El adulto mayor se enfrenta a la realidad de la finitud, de “utensilios” y de sí mismo. “ante la nada, de la posible imposibilidad de su existencia”. En su angustia se siente fuera de casa. Esta crisis, le abre la conciencia a realidades que intenta compensar.

Lo que hemos abarcado en este capítulo son los duelos, la Diabetes Mellitus T2 y el proceso de envejecimiento para poder centrar la investigación de acuerdo a nuestra pregunta de investigación en que se pretende conocer los duelos que las personas que padecen Diabetes Mellitus t2 que viven y experimentan durante el proceso de envejecimiento.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Línea de Investigación

Al ser una estrategia idónea para explorar los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 con o sin discapacidades, pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P, tema propuesto, que se llevará a cabo mediante un estudio de tipo cualitativo.

3.2 Metodología Utilizada

De acuerdo a Uwe Flick (2007), la investigación cualitativa es una metodología que pretende acercarse al mundo de ahí afuera, entender, describir y explicar fenómenos sociales desde el interior por diferentes formas como: analizando las experiencias de personas o de grupo de personas, analizando las interacciones y comunicaciones mientras se producen (observación), analizando documentos o textos, lo que tratan estas formas es de desgranar como las personas construyen el mundo, su alrededor y lo que hacen o sucede e términos significativos. La investigación cualitativa se interesa en las experiencias, percepciones, interacciones, datos históricos, considerando siempre el contexto.

3.3 Diseño metodológico

Será de corte fenomenológico de acuerdo a Les Tedres e Immy Hollaway (2006), la investigación fenomenológica recopila experiencias cotidianas para describirlas y reflexionarlas y describirlas en profundidad, referenciando a Husserl indica que es describir el “mundo cotidiano, experiencias vividas”; el propósito de la metodología fenomenológica se centra en los fenómenos experimentales, en encontrar

perspectivas que se puedan aplicar de un modo general mas allá de los casos estudiados para resaltar lo que pudieramos tener en comun como seres humanos. Para Husserl citado por los autores Tedres y Hollaway, conlleva la fenomenología a escuchar la verdad, por lo que se deja que la información y los datos hablen integralmente antes de imponer comprensión o interpretación propia.

La observación desde una perspectiva metodologica ayuda a ver y observar a partir de los espacios del usuario. Determinandose como espacio las vivencias y posibilidades de alcance y de captacion de su vivencia del mundo.

La experiencia refiere entonces la intuición de los objetos "reales", es decir , "de ésos mismos los que son en el tiempo y en el espacio, regidos por la causalidad y pues ofrecidos a la percepción ordinaria" (Giorgi, 1997). El significado atribuido a un fenómeno parece pues definido como la misma experiencia que está vivida, exactamente tal como vivida o sentida por la persona que vive el fenómeno (Giorgi, 1997). Así, el estudio fenomenológico, según el enfoque husserlienne, pretende describir una experiencia y explorar un fenómeno tal, como está vivido y percibido por la persona que lo vive (Oiler Boyd, 1982; Omery, 1983; Watson, 1985).

El método fenomenológico tiene por objeto pues la comprensión de un fenómeno a través de la descripción, la reducción fenomenológica y la búsqueda de la esencia que pretende mostrar la multiplicidad de los significados del fenómeno (Ray, 1991).

La "descripción" hace referencia a la utilización del lenguaje para unir entre ellos los objetos de la experiencia y comunicar a otros el objeto de la conciencia (Cara, 2004).

La "reducción fenomenológica", definida como un proceso riguroso de reflexión, tiene por objeto describir el significado del fenómeno idealmente tal como ella verdaderamente emerge a la conciencia de la persona. Se trata, según Deschamps

(1993), de un proceso específico de la fenomenología de Husserl por el cual la actitud natural del investigador es modificada. Esta operación le permite entonces poner una mirada ingenua y abierta sobre el fenómeno evitando adoptar, en lo posible, concepciones preestablecidas.

Cara (2004) explica que la reducción fenomenológica contiene dos fases distintas: el bracketing o *epochè* y la reducción eidética o la búsqueda de esencia.

El proceso asociado con bracketing o *epochè* prevee que el investigador reconozca en primer lugar los conocimientos existentes relativos al fenómeno al estudio, con el fin de ser el obsequio más posible a éste. En efecto, el bracketing o *epochè* es definido por Husserl como el proceso realizado con el fin de suspender el mundo de los conocimientos teóricos y los juicios preconcebidos con el fin de coger la esencia del fenómeno estudiado (Deschamps, 1993). Este proceso contribuye evitando, en lo posible, que el pasado, las creencias y los conocimientos del investigador se imponen el fenómeno, lo que constituiría un rodeo. El bracketing permite que el investigador, como alguien, reconozca su gente subjetiva y que la descripción de la experiencia de los participantes se revela, en la medida de lo posible, con un modo sin rodeos (Giorgi, 1985). Mitchell y Cody (1993) afirman que este proceso debe proseguirse a lo largo del paso de investigación. No obstante, Swanson-Kauffman y Schonwald (1988) subrayan que el bracketing debería sobre todo ser delantera rigurosa y que colgaría la colecta de los datos lo mismo que durante el análisis de la información. Según estos autores, el bracketing representa un medio de disminuir la desviación entre, de una parte, los conocimientos y la experiencia del investigador frente a frente el fenómeno explorado y, por otra parte, vivida la realidad de la experiencia por los participantes.

La búsqueda de la "esencia" de un fenómeno corresponde a la segunda etapa de la reducción fenomenológica, sea la reducción eidética. Esta búsqueda consiste en la articulación, fundada sobre la intuición, de un sentido fundamental sin el cual un fenómeno no podría presentarse tal, como es " (Giorgi, 1997b, p. 351). En otras palabras, la reducción eidética refiere el proceso por el cual se desempeña, en el momento del análisis de los datos, el significado del fenómeno por lo tanto del individuo (el verbatim que proviene de cada una de las entrevistas) para devolver luego los datos que provienen del conjunto de los participantes a su esencia (universalidad del significado).

3.4 Población

Los informantes serán usuarios del Centro de Salud Ollerías pobladores del nucleo uno se seleccionarán teniendo en consideración su padecimiento que sera DMT2 con o sin complicaciones por un muestreo por bola de nieve e Intencionado.

3.5 Procedimiento de selección de la muestra

Para ello me apoyare en lo que refieren los autores Miles y Huberman (1994), donde el muestreo intencionado mixto nos proporciona terminos concretos intereses y necesidades multiples para elegir esa muestra, que en este caso es explorar las vivencias de actores sociales que padecen DMT2 de colonias que integran el núcleo 1 y en bola de nieve ya que de acuerdo a los autores este tipo de muestreo nos permite pasar de un caso a otro preguntando a los entrevistados por otros informantes que pudieran ser relevantes para la investigación.

3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

A) Criterios de inclusión:

- a) Pertenecer al Centro de Salud Ollerias
- b) Que se encuentren en un rango de edad entre 30 a 50 años.
- c) Que padezcan Diabetes Mellitus T2 con o sin complicaciones, sin importar el tiempo de diagnóstico o de padecerla

B) Criterios de exclusión

- a) Que no cumplan los criterios de inclusión.
- b) Que padezcan otras enfermedades agudas en ese momento.
- c) No haber aceptado voluntariamente participar en el proyecto.

C) Criterios de Eliminación

- a) Que las personas que cumplan todos los criterios de inclusion que aunque participen una vez, no desearon participar más
- b) Que se den de baja durante el estudio
- c) Que pierda la vida urante el estudio
- d) Que se enfermen de alguna patologia aguda y no puedan continuar con el estudio

3.6 Participantes

La selección de los participantes en un estudio cualitativo debe tener presente que, con el propósito de comprender las vivencias, sean personas directamente involucradas al objeto de estudio.

Una vez obtenido el consentimiento, se procederá a seleccionar a los informantes que participarán en la investigación. Éstos habrán de ser entrevistados a profundidad a la par de lo anterior, se llevarán a cabo observación participante y las entrevistas semi-estructurada

3.7 Técnicas e instrumentos empleados

Para este proyecto de investigación, se privilegia la utilización de tres técnicas de recolección de la información: 1) la observación participante, 2) la entrevista individual semi-estructurada y, 3) el diario de campo reflexivo.

1) Se ha preferido la utilización de la observación participante (Laperriere, 2003) para documentar sobre el contexto en el que los participantes del estudio se encuentran. Particularmente a través de esta técnica se documento sistemáticamente: a) el contexto de los profesionales de la salud que participan en la investigación (datos socio-demográficos, formas de comunicarse), así como b) el contexto en el que se desarrolla las entrevistas que se llevarán a cabo. Para favorecer la organización de una observación sistemática (Deslauries & Mayer, 2000; Massonant, 1987), la guía presentada en el anexo No. 1 será utilizada para estos elementos.

2) La utilización de las entrevistas individuales semi-dirigidas (Van Der Maren, 1993) tuvo como objetivo en el cuadro de la investigación, recabar: a) las *características básicas* de los informantes (datos socio-demográficos), b) los *experiencias de vida* que presentan ante el duelo, c) las **prespectivas** de la enfermedad y sus complicaicones, d) el tipo de **duelos y etapas** que han vivido o

manejado en los diferentes ámbitos de su vida, Estas entrevistas serán realizadas por la investigadora con la ayuda de una guía compuesta de preguntas abiertas (ver Anexo No. 2).

3.8 Procedimiento de Recolección de Datos

La utilización de las entrevistas semiestructurada y técnica utilizada por los investigadores cualitativos (Burns y Grove, 1997; Marshall y Rossman, 1989), pretenden conseguir informaciones sobre las percepciones, los estados afectivos, los juicios, las opiniones y las representaciones de los individuos a partir de su marco personal de referencia y con relación a situaciones específicas. Esta técnica intentó preservar la expresión de las contradicciones, las tensiones, los conflictos, el caos, las roturas y los caracteres circulares que forman parte de la experiencia humana (Van Der Maren, 1993). Más que el control simple de técnicas, este tipo de entrevista requirió una actitud de escucha por parte del investigador y la manifestación de una actitud receptiva con el fin de estimular el compromiso y la expresión de los participantes (Giorgi, 1997b; Van Der Maren, 1993).

3.9 Desarrollo de Etapas de la Investigación

En este trabajo las entrevistas serán una manera de acceder a la percepción de su realidad de los individuos conociendo sus intersubjetividades por medio del diálogo, que serán realizadas con la ayuda de una guía de entrevistas semiestructuradas la que permitirá recoger la experiencia de los participantes en cuanto al tema en estudio. El momento de las entrevistas serán determinados con arreglo a la disponibilidad de los informantes. Los encuentros se efectuaron en un

lugar íntimo, con el fin de favorecer un ambiente de confianza y de intercambio. Las entrevistas serán grabadas sobre audio y retranscritas íntegramente apoyándose en un software de escritura (office work).

3) Un diario de campo reflexivo será redactado por la investigadora con el fin de documentar los eventos concretos del terreno, el desarrollo de las operaciones de la investigación, sus esfuerzos para dar un sentido y una coherencia de las diferentes observaciones que acumulará, así como sus propias reacciones frente a los eventos ocurridos durante el desarrollo de la investigación (Deslauries & Mayer, 2000).

Un diario de campo reflexivo será redactado por la investigadora con el fin de documentar los eventos concretos del terreno, el desarrollo de las operaciones de la investigación, sus esfuerzos para dar un sentido y una coherencia de las diferentes observaciones que acumulará, así como sus propias reacciones frente a los eventos ocurridos durante el desarrollo de la investigación (Deslauries & Mayer, 2000). Tal como fue sugerido por Giorgi (1985), la utilización de la bitacora para fines de bracketing se proseguirá a lo largo del análisis de los datos. Además, una vez las entrevistas comenzadas, también es necesario anotar en esta bitacora, como lo sugiere Spradley (1980), sus experiencias, sus impresiones, sus ideas, sus reflexiones y la evolución de sus informes (relaciones) con los participantes.

3.9.1 Gestión de los datos

La información recabada durante la observación será registrada con la ayuda de una guía previamente elaborada (anexo No.1). De la misma manera para las entrevistas se contará con una guía (ver Anexo No.2). Las entrevistas realizadas serán grabadas y transcritas integralmente (Morse & Field, 1995). Cada información grabada será paginada, ordenada cronológicamente y formateada (Miles & Huberman, 2003) con el fin de crear un margen permitiendo inscribir códigos, notas y preguntas. (ver anexo 3)

3.9.2 Análisis de datos

Privilegiando el método de análisis desarrollado por Giorgi (1997a, b), procederá al análisis de los datos recogidos según las cuatro etapas siguientes: la lectura de los datos: en el momento de esta etapa, en el que se evidencie el sentido global de las perspectivas, significados y práctica por los participantes. Para hacerlo, se realizarán lecturas múltiples y globales de los datos antes de analizar cada entrevista. Estas lecturas también permitirán comprender mejor el lenguaje utilizado por los participantes, identificar los huecos en la información recogida y dirigirse a los aspectos que convenía hacer precisar por los participantes, en el momento de la segunda entrevista.

La división de los datos en " unidades de significado ": esta etapa pretende subdividir el texto en secciones que ilustran los hechos unidos a las perspectivas. Este proceso se efectuará con la ayuda de una lectura meticulosa con el fin de identificar la dirección que el sujeto da a la participación, tal expresa en su lenguaje. En el curso de la lectura, cada vez que un cambio de dirección en lazo con fenómeno de

la participación es percibido, el texto será marcado con una indicación y la lectura se proseguía hasta la identificación de la unidad próxima de significado. Esta etapa se acabará con la constitución de subtemas a partir de las unidades de significado. La síntesis de los resultados: se realizarán con programa de tratamiento de datos ATLAS/ti. Los temas desprendidos conducirán finalmente a la construcción del sentido de nuestro objeto de estudio, es decir los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 con o sin discapacidades, pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P

3.9.3 Criterios de calidad o rigor metodológico

La puesta en práctica de las estrategias incluidas en los criterios científicos siguientes permitió asegurar el rigor científico de este estudio fenomenológico.

La autenticidad: este criterio refiere la veracidad de los resultados en el sentido que deberán corresponder adecuadamente al significado de la experiencia tal como descrito por cada participante (Cara, 2004). Con el fin de garantizar la autenticidad de los resultados, de las estrategias y del método, respetando el rigor de la metodología, la comprobación, por escrito, sentidos personales en cuanto al objeto de estudio (Cara, 1997, 2004; Giorgi, 1997b; Guba y Lincoln, 1981).

La credibilidad: este criterio refiere la seguridad que los resultados verdaderamente describen el objeto de estudio tal, como está presente en la realidad (Cara, 2004). En este sentido, la obtención de redundancia en varios datos, la utilización del método de variación libre, la validación de las esencias por la reducción eidética, y la realización de la segunda entrevista, son tantas estrategias que permite devolver

los resultados más creíbles del estudio con los ojos de la comunidad científica (Cara, 2004; Giorgi, 1997b; Guba y Lincoln, 1981; Whittemore, Chase, y Mandle, 2001).

La crítica: este aspecto hace referencia a la actitud crítica constante que debe mantener el investigador, con el fin de evitar "andar con rodeos" en el momento del análisis de los datos (Cara, 2004). El bracketing, la reducción eidética, la variación libre e imaginaria y la discusión sostenida durante todas las etapas de la investigación contribuirán manteniendo la actitud crítica de los investigadores (Cara, 1997, 2004; Giorgi, 1997b; Whittemore y al., 2001).

3.10 Consideraciones éticas

Se solicitará a los participantes proveer por escrito su consentimiento informado. El formulario de consentimiento (ver anexo 4), establece el hecho de que los participantes reconocen haber recibido, discutido y comprendido la información necesaria sobre la investigación. La información será proporcionada de forma verbal y escrita (ver anexo No. 3). Diversas estrategias, dirigidas a asegurar la confidencialidad de los datos recabados en las entrevistas individuales serán respetadas a lo largo de la investigación (Jaccoud & Mayer, 1997; Miles & Huberman, 2003): a) los nombres de los participantes y toda otra información pudiendo identificarlos en los reportes permanecerán confidenciales. Para ello, se acordará un pseudónimo a cada participante; b) se mantendrá resguardada toda aquella información y grabaciones derivadas del estudio.

Se considerarán también los criterios establecidos por los siguientes apartados:

1. Declaración de Helsinki, principios éticos para las investigaciones en seres humanos

2. Ley general de salud (artículos 2, 3, 17, 68 frac. IV, Título quinto Investigación para la salud, art. 96, 97, 99, 100 frac. IV consentimiento informado, 101, 102 frac. IV protocolo de investigación y 465 penas) : reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud
3. Comité de bioética (criterios establecidos internos y externos)
4. Los criterios deontologicos de enfermeria utilizados en la investigacion con seres humanos
5. La Norma Oficial Mexicana 012- Que establece los criterios para la investigacion en seres humanos
6. Se semetera al comité de bioetica de la jurisdiccion No 2 de Matehuala SLP y a la aprobacion del ISEO

Para cumplir todos estos requisitos se generaran los diferentes oficios y premisos ademas del consentimiento informado (anexo)

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de Resultados

Se realizaron 20 entrevistas en profundidad, el tiempo aproximado fue de 2:30 horas casa entrevista, de estas 18 se realizaron en la casa de los participantes y dos se realizaron en un consultorio médico a petición de los participantes. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado, las citas se concretaron hasta con 15 días de anticipación debido la situación de pandemia que prevalece en el momento de realizar esta investigación, además de ello siempre se portó cubrebocas por parte del investigador y de los participantes.

4.1.1 Aspectos sociodemográficos o caracterización de informantes

Para facilidad del lector estos resultados de los aspectos sociodemográficos se muestran en gráficas. De los 20 informantes el 45% fueron mujeres y el 55% fueron hombres esta pregunta se les realizó a cada uno asumiendo de manera personal cada participante su identidad de sexo. Como se puede observar en la gráfica número 1

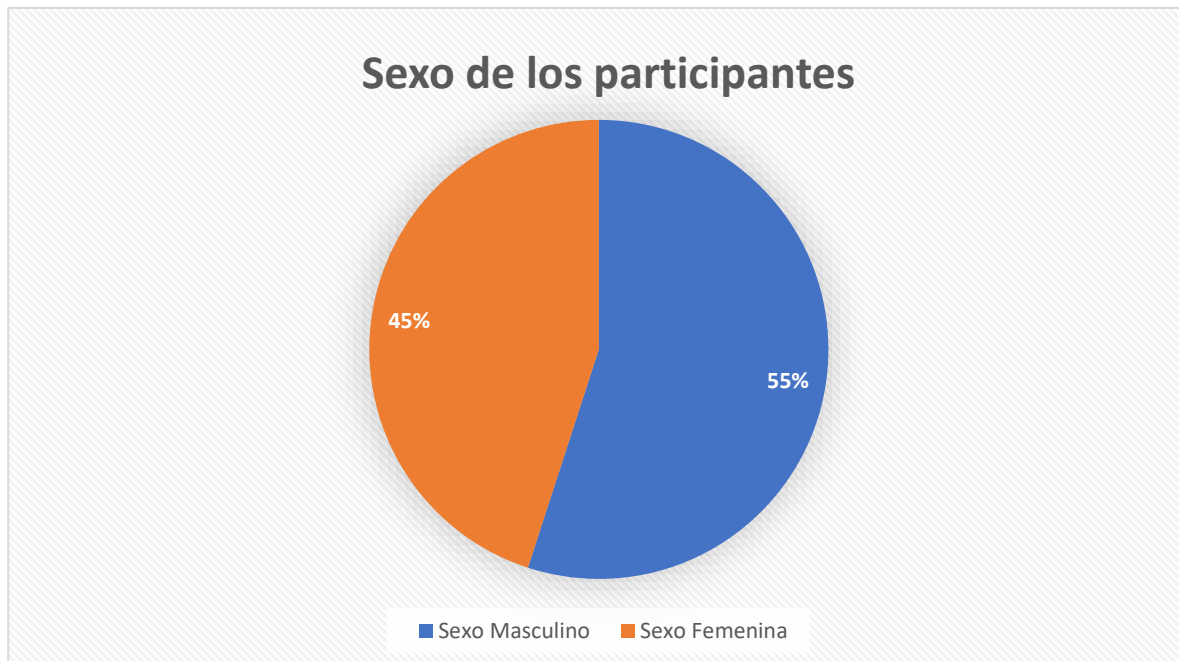


Figura 3. Sexo de los participantes Fuente: Propia de los datos recabados en las entrevistas, n-20

En relación a la edad de los participantes el 25% se centro en el rago de 55 a 59 años, la edad promedio fue de 59 años de edad.

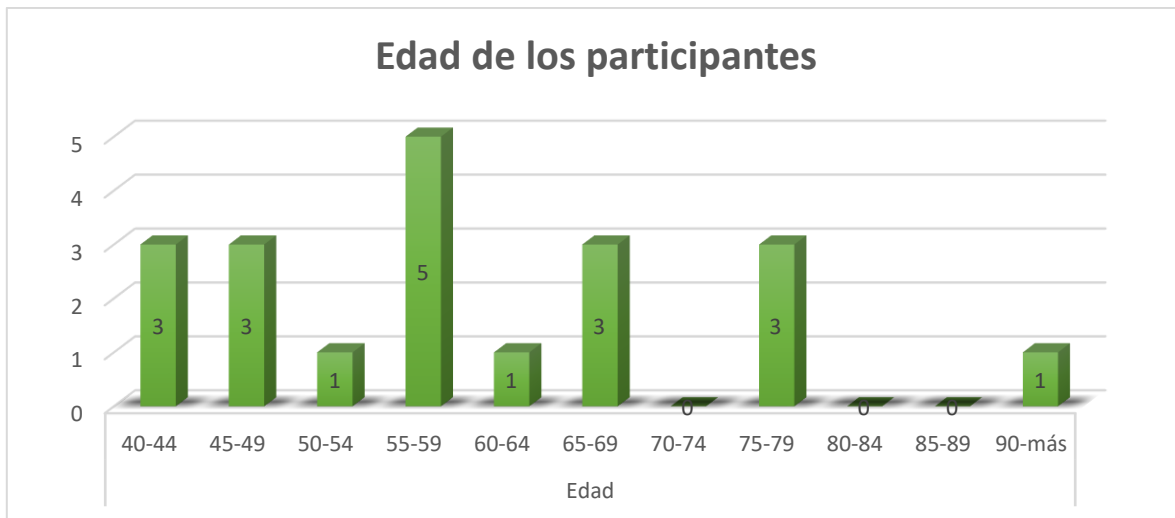


Figura 4. Edad de los participantes, Fuente: propia datos obtenidos de las entrevistas n-20

Con respecto al estado civil encontramos que el 65% se encuentra casada, el 20% soltero, 10% viudo y el 5% divorciado como lo podemos observar en la siguiente grafica (3).

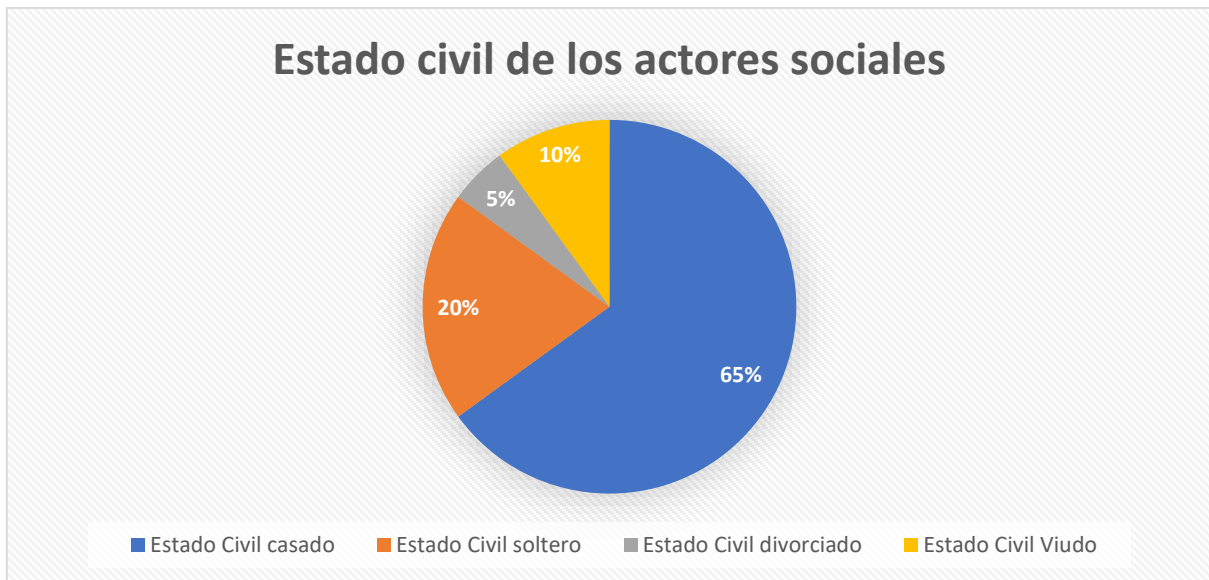


Figura 5. Estado civil de los actores sociales. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20

Sobre la escolaridad encontramos que de los participantes, dos participantes respondieron que eran analfabeta, cuatro que terminaron o tenían estudios de Primaria trunca, cuatro que habían terminado la secundaria, tres con bachillerato, dos indicaron que se quedaron en carrera técnica, cuatro con licenciatura, y una con doctorado, como se puede apreciar en la gráfica número 4

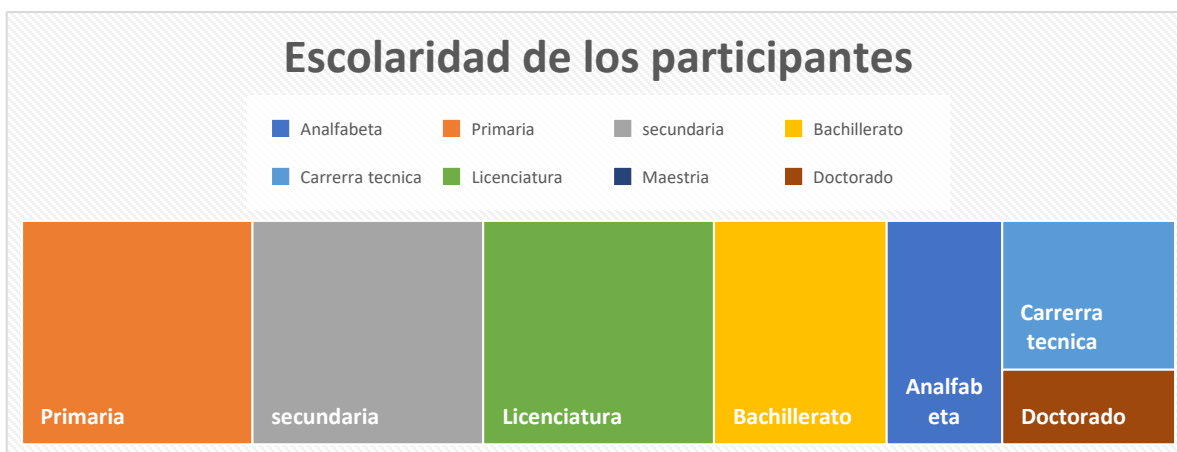


Figura 6. Escolaridad de los participantes. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20

Sobre la dedicación todos los pacientes asumieron que realizaban alguna de las actividades, aunque tres pacientes tenían algunos meses que no las realizaban ya en su totalidad debido a la discapacidad visual, o motriz que padecían como complicación de la enfermedad, solo uno de los entrevistados menciona que tenía un mes de jubilado el antes su labora era como ingeniero civil. (Gráfica número 5)

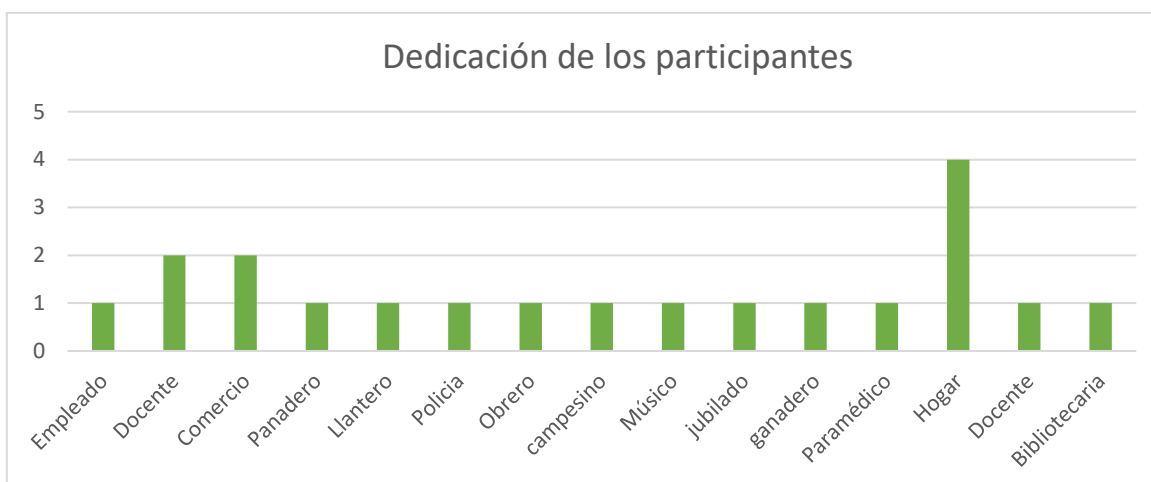


Figura 7. Dedicación de los participantes. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20

De acuerdo con lo que los pacientes contestaron algunos solo padecían la DMt2 y otros tenían más de 3 padecimientos, la enfermedad que mas prevalecían fue la hipertensión arterial sistémica, de acuerdo a esta gráfica solo las que salen fuera de comorbilidades esperadas como complicación de la DM t2 es el cáncer de mama, depresión, penetomía, artritis como lo podemos observar en la gráfica número 6

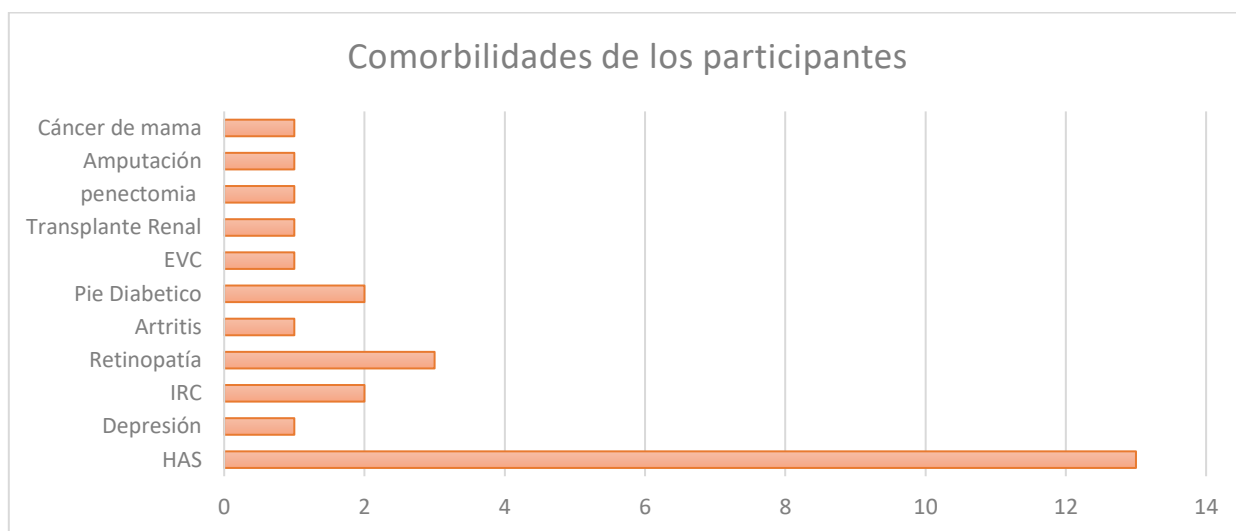


Figura 8. Comorbilidades de los participantes. Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20

Sobre el tiempo de padecer la enfermedad encontramos un rango bastante amplio desde 2 años recientemente de estar diagnosticados, hasta tener mas de 40 años con la enfermedad de Diabetes Mellitus T 2

Tabla 2. Tiempo de padecer la enfermedad de DM t2 . Fuente datos obtenidos de las entrevistas N-20

Tiempo de padecer la enfermedad		
	años	Número de Informantes
Tiempo de padecer la enfermedad	2	2
	3	1
	6	1
	7	2
	10	4
	18	1
	21	2
	21	1
	23	1
	25	2
	27	1
	32	1
	40	1
	Total	20

Con respecto a la economía solo una persona respondió, la gran mayoría me pedía que esa respuesta se omitiera por la inseguridad que prevalece en la ciudad y respetando las cuestiones éticas esta quedo eliminada del análisis de resultado.

Dentro de los resultados encontramos que algunos pacientes tienen dos domicilios

registrados en el centro de salud, al abordar esta pregunta contestaron que lo hacen así porque requieren que su domicilio este dentro de la zona donde tiene influencia el centro de salud, así que daban la dirección de alguna familia. Cabe aclarar que el contacto se realizó a través de una enfermera que los atendía.

Las dimensiones que se encontraron fueron las siguientes en relación con las perdidas

1. Pérdidas materiales
2. Perdidas familiares
 - a. Muerte
 - i. Padre/madre
 - ii. Hijos/ perinatales
 - iii. Esposo/esposa
 - iv. Abuelo
 - v. Amigo
 - b. Divorcio
3. Perdidas por migración
4. Perdidas emocionales
5. Perdidas laborales
6. Perdidas de salud
 - a. Aguda
 - b. Crónica
 - i. Vista
 - ii. Función renal

7. Pérdidas de estilo de vida
 - a. Rol
 - b. Sexualidad
 - c. Dedicación
8. Pérdida de seguridad
 - a. Seguridad en la sociedad
 - b. Corporalidad
 - c. Pareja
 - d. Madre /padre
9. Pérdida de novias / novios
10. Maternidad no deseada

Si tomara la clasificación de Pangrazzi encontraríamos los cinco bloques, en el análisis de cada uno de los discursos al bloque que pertenecerían, además podremos visualizar de manera clara el sistema de apego al que el actor social implícitamente hace referencia.

De acuerdo con Pangrazzi podemos encontrar

1. Pérdida de la vida: Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida que representa una pérdida definitiva y que puede marcar un antes y un después para el doliente tal es el caso de los padres o de los hijos

Pérdida de la madre

“...En el 2014, murió mi madre, yo tenía 48 años cuando me avisaron que falleció, fue toda una revolución de mi sistema de valores, ..., fue como si estuvieras viendo una película, imagina que estuvieras viendo una obra en tela, en donde está toda tu

vida y de repente la desgarran, (es algo así como te lo puedo representar de manera gráfica)....; cuando me acuerdo de mi mamá, se me enfrentan muchas cosas, como digo es una tela, así partida, vez la parte derecha y sí, pero vez la otra parte y ya no, ya no representa toda tu vida (...), te digo que es como una ruptura, es como los barcos que se hunden, ya no hay regreso, por muchas cosas eso represento un golpe muy fuerte para mí, yo siempre pensé que ella estaría ahí, mira cuando se murió ni sabía qué edad tenía, yo no tenía conciencia y hoy que sé que se murió de 84 años, digo ¡a cabrón!, yo la hacía como de 66 años, para mí se quedó detenida en el tiempo, y cuando voy rebobinando, ... pues era una persona de 84 años y andaba para riba y para abajo, nada más que se infarto, pero estaba lucida completamente, para mí fue totalmente inesperado, yo esperaba verla en la siguiente navidad, vaya ni siquiera, yo platique dos días antes con ella (...), me dijo, que ya me van a dar de alta, le pregunte a mi hermana y me dijo si, ya está tranquila, mañana se va ... y si se fue...”(M2)

“...Fue un gran golpe para mí, si, aún todavía, porque para mí ella era todo, ella vivía conmigo, entonces para mí fue algo muy fuerte, fue algo muy drástico, yo así de grande me dormía con ella, fue muy importante para mí, algo que nos desconectó, pero así de trancazo y mi hijo tenía un año dos meses cuando ella se fue, ahora tiene 18 años y, no, de hecho aún no logro superarlo, porque yo pienso, que una Mamá para uno lo es todo, yo no conocí a mi padre; si anteriormente yo trabajaba, pero entonces después de que ella falleció yo empecé a tener mis problemas de salud y pues de ahí ya no trabajé (llanto)...., si porque estando ella me decía te falta esto, mira esto otro, mira toma esto, como que siempre estaba

sobre mí, no sobre mí, si no al pendiente, pero ya después de ahí consideró que me pego y si tenía a mi hijo pero él estaba muy chiquito y si están mis hermanos, pero cada quien su vida.....pero como quiera, yo antes hablaba de ella, ahorita hablo de ella y ya no lloro, pero antes hablaba de ella y ya estaba llorando y ya no me podía callar, ahorita lo hago pero ya puedo más, pero para mí no ha dejado de ser un dolor muy grande para mí, (llora), para mis hermanos no sé, pero cada quien lo toma de diferente manera. ...ya que murió mi Mamá me llevaron para allá por lo mismo del azúcar...” (F3)

Pérdida de Madre

“A los cuatro también o 5 años después. A ella la iban a empezar a Dializar ya, si ella tenía DM e suficiencia renal, a ella le hicieron una diálisis y ya iba por su segunda diálisis, nada más que ese día la fuimos a dejar al ISSSTE Y este, Y yo digo que bueno a lo que sabe uno verdad, pues no le dieron o sea lo que son las maniobras, no la checaron antes, sus signos vitales y no me la metieron así, fue un domingo “(F6)

Pérdida de Padre

“Y luego a los 6 años, mi papá, si me dolió (cambia el tono de voz), porque pues él era el jefe de la familia, es él que nos sacaba adelante, este, él duro mucho tiempo enfermo entonces, pues yo lo acompañaba, porque él era de que estoy enfermo, voy a San Luis a atenderme, voy a Monterrey, o voy a tal parte; Él tenía diabetes y le dio un infarto, cuando el falleció, porque el falleció aquí , yo andaba en la Cruz Roja, andábamos con que íbamos a iniciar la escuela, entonces andaba muy

ocupada, me iba temprano, y ese día, yo pienso que, no sé, lo descuide, porque él traía muchas flemas, entonces yo le dije a mi mamá, pues que le pusiera humidificador para que se le ablandarán tantito y ya le dije, cómo, como hiciera las cosas, pero pues ya, cuando yo andaba allá, pues me hablaron para decirme pues que ya había fallecido, (cambia tono de voz), Si me siento poquito responsable. Yo digo que, si yo lo hubiera, o sea, sino cuando me fui. Yo le deje puesto el humidificador y yo lo vi, cómo estaba, pues yo pienso que sí, si me hubiera quedado y hubiera checado un poquito más a fondo pues a lo mejor pudiera haber durado un poquito más” (F6)

Pérdida perinatal

” Bueno, mi primer bebé. Falleció. Cuando nace mi bebé trago algo que es el meconio, me operaron aquí, pero como no pudo, no podían atenderlo aquí me lo mandaron a San Luis, entonces este en San Luis me la tuvieron 15 días y a los 15 días falleció, Pero cómo comió eso, éste le afectó tanto a los pulmones, supuestamente a los pulmones y pues ya no sobrevivió, en ese tiempo pude estar allá sola 15 días, recién aliviada, porque se la llevaron y yo al siguiente día, me di de alta, yo dije yo ya estoy bien, yo quiero ir, estoy bien, ... Y Yo me di de alta voluntaria. Y así me fui, me fui a seguirla, pero pues sí, me sentía bien, o sea físicamente, pero emocionalmente pues no; cuando falleció me acompañaron mis hermanos y mis papás, siempre, siempre ellos sí, de hecho, la trajimos aquí y la tuvimos toda la noche y al siguiente día en la mañana, fue cuando la sepultamos, se llamaba María de la Paz...(.),duré cuatro meses aquí en casa, y ya para los 5 meses ya estaba yo otra vez en Cruz Roja en el trabajo, fue mí, como quien dice mi salida para poder, para poder superar”. (F6)

“Sobre el niño que falleció, el niño que se murió, cómo le puse, le puse J. Sí, pero el problema fue que trago líquido y falleció. El doctor me dijo déjalo ir porque trago líquido y está agonizando y me dolió mucho. Y el segundo no se logró porque estaba suelto en el vientre” (F9)

Pérdida del abuelo

“ ...a los 14 años de edad, muere mi abuelo, una pérdida que si fue significativa porque él era, la figura paterna en la casa, era ... un pilar de unión, de toda la familia materna, después de la muerte de él,dejamos de ver a los tíos, primos, y para nosotros si fue un cambio en la forma de la organización, además fue la pérdida afectiva muy fuerte ...(), reamente llorar, no, lo lloré poco, pero lo sentí mucho, (realiza un silencio y sus ojos se enrojecen)...NO, no hubo nadie, que supliera su lugar, de hecho la figura paterna como que la fui buscando siempre en diferentes personas, pero no porque la necesitará yo, es porque estaba yo viendo diferentes comportamientos y yo decía: “como que esté está bien, como que me gusta el comportamiento o él pensar de este señor....”(M2)

Pérdida de familiares

“Pues la verdad es que sí me pegó muy fuerte lo de la muerte por el azúcar de mi hermana, murió de repente de un infarto, le dio como una trombosis o algo así y luego lo de mi hermano, luego murió mi otra hermana, también igual, se la llevaron a Estados Unidos para atenderla y también tenía diabetes, total en una complicación le bajó la presión y le dio un infarto y ya. También un sobrino, era un músico ahí

estaba, trabajando en el centro el apenas llegó a casa y ... ya falleció... si hemos tenido bastantes pérdidas “(M5)

Ahora bien, con respecto a la segunda clasificación encontramos lo siguiente

2. Pérdidas de aspectos de sí mismo: Se refiere a pérdidas que tienen que ver con la salud, por ejemplo, pérdida de las capacidades sensoriales, cognitivas, así como psicológicas, por ejemplo, la autoestima, valores, ideales, ilusiones, etc.

Pérdida de la salud por DM

“fue un proceso, un golpe, fue un golpe emocional y de introspección muy fuerte, primero era no entender, ¿porque?, ¿que era la diabetes?, hasta ahorita no tengo total conocimiento y entendimiento de lo que es, pero en ese momento, mucho menos, entonces lo que yo he visto con las personas que padecen diabetes es que se pelan de volada (en algunos años), pero he conocido un par de personas que tenían 37-38 años que eran diabéticas, y por aquí están todavía y aún siguen sin complicarse, entonces me di cuenta de que el proceso en verdad todavía no lo conozco y que no significa una sentencia en ese sentido”(M2)

“El saber que tenía diabetes me generó tristeza, (...) O sea, yo sé que yo la tenía, pero la verdad no quería aceptar; ya ve que uno le dicen le genera miedo, mi hermano falleció por diabetes también, otra de mis hermanas también falleció igual por diabetes. Un hermano mayor que tengo también tiene diabetes, y es que cuando uno se relaciona con esa enfermedad, uno prefiere no tenerla la verdad, o es mejor pensar que no la tienes; Incluso cuando volví a perder el control de lo del azúcar, pues tuve que ir a hospitalizarme cada mes y ya debo ponerme medicamento, que lo del colesterol y otras cosas, y pues ya fue cuando ya me decidí a tratar. “(M5)

Pérdida de salud

“... no lo aceptaba que estaba enferma, entonces a partir de ahí yo no me he tomado el medicamento, hasta que llegué a la insulina (...), siempre me dieron medicamento y la verdad yo nunca me lo tomé, porque yo pensaba que no era cierto (...), hace tiempo, me operaron de un ojo, el ojo derecho, porque empecé a ver, como unas gotitas transparentes, (era grande el problema que traía), pues gracias a Dios no era nada de la retina, me dijeron, que si yo seguía manejando los niveles tan altos de azúcar, pues de nada me va a servir la operación, y pues es que a veces ando bien y a veces ando mal; ahorita el Internista, el médico internista me cambió la insulina, (yo manejaba la NPH), porque ya no me hacía la insulina el efecto esperado, entonces, yo manejaba hace como unos dos o tres meses pues 600 de glucosa y estoy ahorita normal....” (F3)

“...pero pues me he sentido mal, porque a veces las piernas no me responden y este no puedo hacer mi ...(silencio), no puedo hacer nada, yo quisiera estar mejor de mis piernas, ya que a consecuencia de eso me he caído varias veces, y así, (...) a raíz de todo eso me he sentido mal ...” (F3)

“Pues la verdad es que sí lo creía que padecía Diabetes, pero no me cuidaba por lo mismo de mi situación, de mi cuestión mental, como que no me importaba, ya yo decía pues total, siempre nos vamos a morir. Y pues como que todo mi mundo se voltea de cabeza y pues el único refugio que me quedaba que era mi trabajo y pues también ahí empecé a tener problemas, entonces como que yo decía pues ya me voy a morir, pues ya ni modo” .(F2)

Pérdida de salud por Retinopatía diabética

“Pues ahí cuando fui con mi sobrino, es oculista, pero yo pensé que me podría ayudar; Y ya pues él me revisó y me dijo, no pues la verdad es que no se te ve nada Y yo le decía, no, pero es que lo tengo aquí, me tapa para ver. Y ya entonces dije no pues está bien y me fui allá con uno, allá Monterrey sí ya luego me dijo que era lo que tenía... Él me dijo no pues tú lo que tienes es una enfermedad muy grave se llama retinopatía diabética. Me dijo, fíjate que este ojo ya está más avanzado, del otro te voy a dar medicamento para ver si con eso se te quita, pero si no, te va a tocar controlarte el azúcar. Ya cuando él me dijo que era algo diabético, pues la verdad que yo me sentí muy mal, bueno la verdad es que no tanto porque yo ya había aceptado que tenía diabetes. Entonces ya con el tiempo pues al final no se me quitó, Y ya me tuve que ir de nuevo a Monterrey, ahí, que me operaron, sí, si preguntas que, si todavía tengo que ir a lo del tratamiento, la verdad es que sí porque está muy avanzada la enfermedad; (..) Y hay que esperar, entonces fue como otro golpe emocional con la diabetes más el hecho de tener problemas con los ojos. “(M5)

Pérdida de la salud EVC

“y entonces en la mañana mi hermana me dijo, vamos a caminar y yo le dije sí ya me fui con ella. Y entonces ella me preguntó, ¿por qué vienes arrastrando mucho el pie?, y yo le dije, no mis pies están iguales, sigo caminando normal, ella me dijo no pues estás arrastrando mucho, (...), y nunca me di cuenta. yo creía que era por el cansancio y todo. Y ya el lunes en la tarde, Yo me acuerdo de que estaba con mis nietos, y entonces estaba despachando y me preguntaron por algo y yo se lo intente

apuntar y ya no podía, mi mano ya me había dejado de responder, entonces ya en la noche, ya más tarde cuando me dijeron unos señores que le diera la feria, pues ya no podía agarrar el dinero. Y ya el martes como a las 6 de la mañana o 6:30 me levantaron y yo ya no me pude levantar. Me senté y me intente parar y me caí, mientras yo pensé, ¡no, pues ya me fregué!, ...me llevaron al hospital, ya de ahí yo entré bien y todo ... Nomás un poquito arrastrando el pie, pero ya estaba mejor (. ..) y ya él doctor, me dice, no, pues son derrames. “..... dure tiempo en silla de ruedas y luego en bastón y ya ahí ando medio chequeando, pero ahí sigo...; Todo No es igual ya, lo que más me afectó fue lo de la tienda y el trabajo, y la preocupación y todo eso fue lo que me afectó.” ... yo era bien inquieta. Yo era de las que todo jugaba, yo quería jugar béisbol, volibol y todo, yo era bien activa, todavía me duele y todo, pero aun así hay ando en la tienda...” (llora). (F1)

“Pues la enfermedad es muy mala. Yo les digo a ellos tal vez tuvimos un poco la culpa todos, pero ...algunas veces en las que mi esposo me dice ¡si tú puedes! y me terminé exigiendo más de lo que soy capaz.” (llora)” (F1)

...” Entonces yo en la noche me metí a bañar con agua caliente y estaba fresco afuera, salgo caliente, pero en ese rato no sentí tanto. En la mañana siguiente cuando me lavé los dientes, todo me escurría por aquí, se me paralizó, no se me enchuecó, se me paralizó. Pues ya me vine al seguro y me confirmaron que era parálisis, él ojo no cerraba nada, estaba totalmente abierto, entonces empezaron a dar terapia en el CREE, pero con la azúcar descontrolada...” (F5)

Pérdida de la salud funcionamiento renal

...” Ya pues ahí fue que me dijeron que el riñón ya está muy acabado y pues que todos los daños que ya había recibido fueron lo que ocasionó eso, me dijo ya su riñón, ya está a tanto de funcionamiento, ¡Yo le dije ah no!, y me dijo, pues fíjese que del 20% disminuyó al 10%, (...) Y pues yo no quería que me hicieran diálisis y pues investigué lo que era la diálisis, y no pues, yo no quería estar ahí amarrado, a ir, a que me hicieran yo no sé qué tanto. Cuando me dijeron, yo sentía como que me bañaban con agua fría y ahí sí, sí sentía temor y yo decía, ¿a dónde voy a llegar? y ¿qué va a pasar? Y ¿hasta dónde? Y ya no voy a tener solución” (M7)

Pérdida de vista

“Desde que empecé con la diabetes he tenido problemas con la vista, me dieron como unos lentes, pero pues ya dejé de ver con ellos. Y ya ahorita ya tengo otros con los que sí puedo ver bien, pero pues antes no podía ver, tuve otros que de plano veía yo muy mal, casi no se veía nada.” (F9)

... “Problemas para ver, sí, ya sé de lejos así, veo muy borroso y hay días que veo más borroso que otros días, así hasta de cerquita sí ya, cómo que veo todo borroso ...” (F2)

Pérdida de salud

... “ósea, yo me puede haber cuidado desde antes, de no excederme cosas que a lo mejor puede evitar, verdad, y pues ahora que ya la tengo, ya no puedo regresar el tiempo (agacha la cabeza).” (M6)

” ósea si pero es que soy asintomática, o sea, no, no en el transcurso de esos años no tuve síntomas, no tuve nada, nada, ni pérdida de cabello, nada, ni dolor, ni siquiera dolor, nada más el absceso que iba caminando y se concentró en lo que es el pezón, está muy grande, entonces, con las Quimios piensan reducirlo tantito para poder hacer la cirugía...(…); estoy en ...como así, con una línea recta, así como que ni puedo hacer drama, ni puedo decirles, estoy súper bien. O sea, estoy, estoy, Así (indica con su mano una línea recta) o me tiran de plano, estoy en una línea, como que voy así nada más, como a ver que sigue, que sale, echarle ganas, echarle ganas ... “(F6)

Pérdida de salud enfermedad aguda

“...se acabó la beca de la maestría y el tiempo .y dije: no manches, ya valió madre, un estrés bien cañón, aviéntate una semana con ese estrés y fui a dar al hospital, otra vez.. (entonación de voz de nostalgia), y llegué a urgencias, no me querían atender, estaban llegando un chingo de cuates de accidentes, balaceados y así; llegué caminando, pero pesaba yo 47 kilos, cuando llegué al hospital, iba yo de tono blanco verdoso, había bajado más de 40 kilos y sentía yo mucha sed, y que a cada paso me iba al suelo, entonces agarre y tome el camión y en vez de llegar a mi casa, me fui al hospital..... ahí me canalizaron con el hematólogo, estuve como semana y media en el hospital y lo único que me hicieron fueron transfusiones de sangre..., lo primero que hizo fue hacerme los estudios, me hizo un estudio de sangre, una biometría hemática y un estudio hepático y hasta el último me dijo: tú tienes dañado el hígado por estrés, en esa ocasión estuve internado por 3 semanas ...” (M2)

Maternidad no deseada

... “pues, es que la verdad, me casé bien joven, como empecé tarde, muy, muy, tarde este y estaba acomplejada, pues salí embarazada porque di el regalo de cumple (ríe). Dije no, pues a lo mejor por ahí, dando eso, me quieren, verdad. ...”
(F2)

Pérdida de la corporalidad deseada

... “Pues me la pase estudiando mucho tiempo, de hecho, tengo un doble Bachillerato, ... siempre mi Papá me decía, bueno siempre me dijo “Gorda” y bueno, hubo una temporada que me hacía como moobbing, me decía a ya te vas a comer tus cuatro huevos, ya no comas tanto que mira cómo estás, hasta que en una ocasión que yo como que me sentí y me puse a llorar, y me dejó de decir, pero pues yo seguía como entrándole” (F2)

... “no, novios, no, mi primer novio lo vine a tener a los..., mi primer beso me lo dieron a los 19 años ya estaba bien grande porque pues era una persona que no le llamaba la atención al sexo opuesto, entonces, a mí sí me gustaban muchos muchachos, pero yo no les gustaba a ellos desgraciadamente, ... Sí, sí, sí. Siempre he estado muy acomplejada, aparte de que mi hermana, la que era L. cara de torta, ella es delgadita y de cuerpazo, o sea, siempre viendo que ella sí, y a mí no. ...”
(F2)

“...Yo llegué a pesar como 110 kg, cerca de los 115, entonces yo usaba cualquier prenda hasta que me quedará. Ya tuve que dejar la talla XL3 y ahorita uso XL; yo creo que si hicieran un manual de lo que no se debe de hacer mientras uno tiene diabetes, yo creo, que yo habría cumplido con todo, porque todo lo hice yo “. (F2)

Pérdida de sexualidad

...” No, hace mucho que no tengo relaciones, unos tres meses, ahorita, cómo le diré, hay cierto resentimiento, como pareja yo necesito un poquito más de apoyo, si me deja estar aquí en la casa con mi papá, pero a la vez necesito un apoyo económico “(F5)

... “ya no tenemos relaciones sexuales desde hace pues como 5 años (baja la voz) no, no pues, no más, no, si nos abrazamos, todo eso, o sea como si fuéramos felices, yo creo que fingimos ser felices a lo mejor, del divorcio pues no, no hemos hablado.” (M6)

“...Si era muy activo sexualmente, pero esa parte para mí ha sido mucho pero mucho muy frustrante, (...). Digámoslo así y si lo quieres poner, no me gusta lo que yo estoy viviendo, no me gusta en ese sentido, eee, alguna vez lo comente con mi pareja, empezamos a salir y a nivel sexual muy bien y dije de aquí soy y de repente, no se porque pum y nada y eso a mí me tiene muy sacado de onda y realmente muy sacado de onda y he tratado de respetar, tiempos y ...(...) , pero no, no me gusta...”(M2)

... “actividad sexual, uh, yo creo que ella tiene como, como unos 2 años que si lo hacía era porque no me quedaba de otra, pero ya no quiero eso, no quiero saber, nada, él ya está advertido si tienes mucha urgencia ve a buscar, porque yo no quiero, y menos con la situación del problema. dicen las personas, que es por la diabetes, que es por la menopausia, he tenido irregularidades de mi menstruación, entonces, yo creo que sí, definitivamente, eso sí que yo digo, no me dan ganas ni

viendo encuerado a Brad Pitt. ...” (F2)

Pérdida del rol

“...yo no estaba preparado para eso, sin embargo, no me rajé, no me rajé, a mí me pegó muy fuerte, el salirme del lado de mi madre, porque era como una ruptura. De hecho, el día que iban a ser mi hijo, estábamos los 2 en el hospital su mamá y él estaba en un piso y yo estaba como 2 pisos más arriba (risas)..... Si algo aprendí de mi Mamá fue que tenías que rifártela para cubrir las necesidades de la familia, necesidades que son afectivas..., necesidad de guía o necesidad de conducción..., porque puedes estar y no representar nada, pero bueno yo no estuve y alguien sí estuvo, en el matrimonio son 2 pero pues uno está ausente no es que estés sino ¿el cómo estés? y ¿cómo estás, cuando estás?” (M2)

Pérdida de seguridad en la pareja y en la madre

... “Es que sí, sí, es que es una situación muy fea, difícilmente la saco así a flote, pero, pero nada más, así, como para que lo entienda, ahora no quiero entrar mucho en detalles, pero una de las personas con las que me engañó fue mi mamá. (baja la voz y su expresión de tristeza), (Silencio) ...” (F2)

Pérdida de estabilidad emocional con la pareja en etapa perinatal

... “Mi hija estaba chiquita, tenía 3 meses de nacida, tenía pues 22,y luego, para acabarla de amolar, también mi segundo embarazo de mi hijo, este igual tenía yo como 8 meses de embarazo cuando me engañó, sí me engañó muchas veces y luego todo el tiempo que estuvo en Estados Unidos, sí era muy responsable, pero hubo una temporada en que se empezó a despegar yo le marcaba, no me contestaba, entonces yo, como que me di cuenta de que ya no estaban las cosas

bien, o sea, yo digo que, si en mis Bigotes me engañó tantas veces, más, mucho más. ...” (F2)

3. Pérdidas de objetos externos: Estas son aquellas pérdidas que no tienen que ver directamente con las personas, sino más bien a pérdidas materiales, como puede ser perder un trabajo, un hogar, ciertas pertenencias y objetos vinculados o importantes para cada persona.

Pérdida del rol laboral

“..Fue por el cuidado de los niños, pero si me afectó porque yo ya tenía mucho tiempo y es el lugar donde me refugiaba (cambia la voz), es mi refugio y es como puedo salir adelante porque pues ayudar a la gente te llena, es ese espacio que te dejan las personas, bueno así es como yo lo siento, de hecho, me metí a actualización para actualizarme y poder volver, pero.. (llora), es más complicado porque empezó la enfermedad y ya no puedo ...” (F6)

“..Pues de hecho yo renuncié, sino que fallecieron, mi Mamá falleció Y mi Papá, y pues yo tenía mi niño, tenía 7 años, entonces yo, ya no tenía quién me lo cuidara, porque mi hermana trabaja, mi hermano trabaja y pues ya nos quedamos solitos..”(F6)

“...Si me duele porque pues para mí era como una entrada de dinero, y si me pudo mucho cuando me despidieron porque yo trabajaba en el DIF, pero ya ve que cada gobierno cambia, pero pues mi hermano en esa vez también andaba conteniendo contra ese que gano y pues a mi desgraciadamente fue la primera que me

despidieron y si me dolió mucho porque pues yo dije ¡y ahora que voy a hacer!, ...”

(F3)

Pérdida de la salud, pérdida de seguridad

... “hay algo a lo que yo le atribuyo así, casi, casi, sin temor a equivocarme: yo llevaba mi hija parada en el asiento del carro, entonces yo por voltear.....iba delante de mí, una camioneta y se frenóahí chocamos con la camioneta ... mi hija pegó en el vidrio, se hizo unas escoriaciones bien chiquitas aquí, (señala la frente), toda la orilla de la frente, por el cuero cabelludo, sí estrelló el vidrio completamente pero afortunadamente el tablero la detuvo poquito, íbamos en un Volkswagen, me asuste mucho, eso fue como en el 2013-2012, del susto incluso, no sentía ni las piernas y pensé que hasta me las había fracturado y yo suponía que era por los mismos pedales que me habían facturado o algo, pero no hacía el intento, la lucha por moverla, sino que yo, lo que quería era por agarrar a mi hija, quería hablar con ella....ya después de ahí, yo ya empecé a reaccionar, ¿porque no siento las piernas?, las empecé a mover, me di cuenta que estaba temblando en demasía, incluso me baje del carro, pues ya no se movía y del mismo estrés que traía a puros tirones, le enderece la salpicadera, en ese rato no sentía ...” (M4)

Pérdida de seguridad

“...al doctor le digo es que uno vive en un estado de estrés, no se puede estar tranquilo, al menos en lo particular. Le digo desde que yo salgo de mi casa, desde que abro la puerta, ya estoy esperando algo, entonces veo todos los carros de mis vecinos, ¿si están?, ¿cuál carro lo pusieron al revés?, ¿cuál carro no es de

aquí?, ¿cuál bicicleta?, Ya sales en un estado de alerta, en el que piensas: no está bien, va uno manejando con la familia y va uno tratando de evitar todo, lamentablemente así se hace uno, verdad, desconfiado y viviendo con la incertidumbre todo el tiempo,..."(M4)

"... fue un intento de secuestro, fue algo que definitivamente me marcó.... Ya después de que eso pasó, yo creo que me empecé a sentir más mal a tener flojera. Y que yo, nada más quería estar durmiendo, eso fue como unos 4 años en noviembre. (...) "No pues es que desde ese entonces ya todo es desconfiable, uno intenta agarrar confianza, pero ya no se puede. El problema era que ya en la tienda no podía estar sola(llora).. aún me sigue doliendo (...), sentía mucho cansancio y me dio mucho sueño, yo le comenté a mi hermano, le dije no yo ya me voy a mi casa, ya me fui a dormir, pero yo ya ahí en mi cuarto me ponía toda privada porque cuando me decían del centro, yo les decía, no, que yo mejor me quedo dormida, también mi nuera me decía, vamos al centro ándele la llevo en la moto, yo le decía no, gracias mejor me voy a acostar a dormir, tengo mucho sueño y así. "(F1)

Pérdida de libertad

"Si quiero porque no. Es muy duro, muy duro, porque lamentablemente no se recibe apoyo, ni las gracias, y los demás juzgan, que si ya estoy rezongando, que si ya estoy cansada etc., y es que no entienden que yo necesito un aire para regresar más fuerte así, pero como le digo: mis pájaros los perros, mis niñas, bueno, mis niñas se van conmigo, pero la casa. "(F5)

Pérdida de bienes materiales

“...Lamentablemente nada, tenía casa y tenía carro y ya no tengo nada, aparte por las deudas con las que me quedé y ya no quise esa deuda y pues no tenía con que pagar, ahorita rentamos una casita ..., el que me apoya es mi hermano el me paga por semana, paga el seguro (porque yo ya tengo asegurada a mi Papá y a mis niñas), entonces ya me paga por semana, respecto a lo que venda en productos en la pulga y pues mis cuñadas de vez en cuando me mandan ayuda, (...), Pues haber logrado; lo que perdí mi casa, si ya tenía algo seguro, a dónde ir. Eso es lo que recuperaría.” (F5)

Pérdida por cambio migratorio

“Pues la verdad es que todo estuvo bonito, pero la verdad que se cruzó lo de la diabetes y todo, pero, estaba la verdad muy bien, trabajando, pues la verdad, en ese momento todavía me encontraba muy bien.” (M5)

“Pero ya para cuando regresé de nuevo allá por estados unidos ya me tuvieron que quitar los papeles, pues ya no me dejaban entrar.” Y me dolió mucho porque tenía yo un tipo de vida, viajando bien, trabajando bien y el problema fue luego que me tuve que adaptar al suelo de aquí, ya sabes, casi entró en depresión, porque no lo aceptaba, la verdad el hecho de tener que estar aquí y la verdad es que no estaba tan mal porque pues yo lo estaba usando para trabajar (..), Entonces nada más de pensar en lo que yo ganaba allá y compararlo pues con lo que estaba aquí, los problemas económicos, me pegaron muy fuerte; De verdad que me afectó todavía más por el hecho de que yo ya lo tenía todo controlado, luego pues llegó el problema

y ya me afectó todo.” “Pues la verdad es que fue el sentimiento de que iba a hacer yo aquí, porque además de todo de mí dependía la familia.” (M5)

“...cuando decidí ingresar a la Academia, me fui a San Luis, porque era un año de estudio, ahí sí, no tenía familiares, (en San Luis no tenemos) ,y es muy difícil, desde buscar dónde vivir, después de buscar donde vivir, el ¿cómo vivir?, ¿como sobrevivir?, el adaptarse a las condiciones de vivir, aprender a estar uno sólo, verdad; es lo más...(se queda en silencio), el plancharse, el hacerse de comer, el pagar todo, el mantener la casa limpia, pues si era algo difícil, y en las condiciones en las que estábamos económicamente, no, nos favorecían mucho, porque nosotros pagamos una casa de renta, entre cuatro, pero la situación económica era muy difícil, y no había más que para una comida, lo más sencillo, frijoles, sopa y se acabó, y vámonos, al día siguiente lo mismo; entonces cuando estuve en Río Bravo, no fue, no fue difícil, no, no fue difícil, era mis familiares, este igual y estaban cuidando la tienda y llegaban ellos con la comida, y ándale vente a comer y esto y lo otro, y ya comíamos, desde antes en la mañana que me iba, me daban de desayunar, me iban a dejar a la tienda, entonces ahí , no se sufre, pero acá en San Luis, fue ahora sí, una vida sólo, porque el primer día cuando fui a buscar, cuando fui a presentar exámenes y todo, llegue a la casa de unas personas que me habían recomendado y resulta que llegué muy tarde y como estaban trabajando, pues ahí me quedé en la banqueta, afuera, la primera noche, hasta mañana que llegaron y ya me dijeron que hace aquí, soy fulano y vengo recomendado con ustedes...(se agacha y se toma las manos).. yo tenía solo 18-19 años. Pues la verdad, yo me quería regresar, porque pues nunca había vivido una situación de esas verdad, estar

completamente en la calle, y yo pensé de ahí para allá así va a ser, yo creo que habrá días que duermes en tu casa y días no, y fue...., si fue desesperante, fue triste, de todos los sentimientos que tenía en ese momento, porque estaba “yo solo en la calle”...(silencio), No, no como el miedo o era más más este como qué tristeza” (M 4)

Pérdida o ganancia de un nuevo rol

... “Si todavía me lo echan en cara que salí embarazada, y todavía tener que cargar con la niña y cuidar a mis tres hermanas que murieron de ataxia generalizada, a mi Mamá y a ahora a mi papá” (F5)

4. Pérdidas emocionales: Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades debido a que el contacto físico se ve limitado.

Pérdida de la pareja

... “Es que yo no tomé la decisión de separarme, me tuvieron que dejar, a partir de..., o sea a pesar de todo lo que había detrás, esperé a que me dejaran todavía le anduve yo rogando por teléfono, y hasta que ya me dijo, no quiero hablar contigo y me bloqueo y me mandó a la fregada, ...ahorita lo que tengo es un resentimiento ...”(F2)

... “La verdad que, desde el principio, situación por cuestiones de infidelidades, si la verdad que sí, te puedo decir que eso sí es algo que me ha marcado y hasta la fecha, no puedo superarlo, y me dicen que yo tengo que soltar, pero yo digo que para que la terapia funcione, yo creo que uno tiene que querer, entonces, Yo digo

que, yo no quiero perdonar, porque la persona, o las personas que me lastimaron, No se lo merecen, ...” (F2)

“..Él Papá del también se desapareció (señala al niño), me dejó sola y yo lo he mantenido desde chiquito y el Papá del (señala a su hijo más pequeño), es él señor que anda por ahí, pero pues él tiene su familia ”... (F6)

Pérdida de estabilidad familiar

“...pues sí, este, tenemos muchos problemas, este bueno ahorita pues que es como es muy celosa, como desde los 37 años empezó como con celos (...), empezó a decir que yo andaba con las mujeres de ahí, pero pues no era cierto, (...), yo le comente a mi mamá, pues todos los días era lo mismo, yo de hecho nunca le comenté a mi mamá este problema es mío, nada, yo siempre me los guardaba y mis suegros me decía: no, el día que haga algo malo, usted déjela, o métale una friega, pero para mí eso no es la solución”. (M6)

Pérdida de figura paterna

... “tampoco porque mi Papá era una persona como que no muy dada a demostrar sus sentimientos, de hecho yo lo veía como figura de débil, he Llegado a la conclusión de que yo en mi vida, a lo mejor me la he pasado buscando a una persona que me cuide, porque precisamente la figura de mi papá era como muy débil comparada con la de mi mamá, ella era la que iba a las juntas, ella, la que andaba por delante, mi Papá nomás se dedicaba a salir a trabajar y atraer el dinero y eso era todo, él no iba a graduaciones, no iba a misa...”(F2)

... “Sí, muy ausente porque entraba a trabajar a las 6:00 de la mañana, ya lo veía

llegar a las 10 de la noche u 11, cuando empezó a trabajar en las rutas foráneas, pues no lo veíamos de hecho, a veces se quedaba a dormir allá en real de 14. ...”(F2)

Pérdida de la salud del esposo

“Mi esposo lamentablemente también está enfermo, él tuvo un tumor cerebral, pero él estuvo en Estados Unidos y ya lo operaron allá, el estado en que él está... (pausa, no termina la oración), por esa razón también decaí más, porque el regresa en un estado crítico, no podía agarrar un vaso, y ... regresó así jorobado, porque de la operación quedo medio paralizado y tuvo que ir a rehabilitación para empezar desde abajo” (F5)

Pérdida por la música

“... a mí me gustaba mucho la guitarra, yo quería estudiar música ,pero me dijeron ni madres, con eso te vas a morir de hambre y la chingada y bueno...¿le afecto?, yo creo que inconscientemente sí, por qué nunca me pude dedicar a mi carrera. Así de lleno como se debe, mi carrera y mi vida era una Actividad Complementaria adicional para la formación Integral (ACAFI) ..” (M2)

Pérdida de ¿expectativas?

“... en un cierto momento, son palabras las que marcan, y marcan un fondo muy cañón, ejemplo el darme a entender que yo no estaba logrando ser, lo que ella esperaba, sus expectativas, yo me preguntaba pues ¿cuáles expectativas chingado?, yo no tenía, digo porque, porque bueno, nadie tenía, por que con nadie platiqué de mis expectativas o de lo que esperaban que yo tenía que ser, ... me

sorprendió mucho una ocasión, en la que yo iba a la escuela precisamente en la tarde Y en el camión iban 2 muchachos, que se veía que eran de la carrera de contaduría, porque quedaba por ahí la parada del camión donde se bajaban ellos, y me extrañó mucho que uno de ellos iba platicando, con el otro y dijo, no pues yo ya platiqué con mi Papá, y ya hicimos el plan del cuál será mi vida, y quedamos que a los 30 tengo que empezar mi negocio, (para ese entonces el chavo tendría unos 22- 23 años), a los 30 tuve que empezar mi negocio a los 40 se debe de manejar sólo y a los 45 me tengo que estar jubilando, y el otro le dice ¿como que se debe de estar manejando solo?, y dice sí sí, que yo ya no necesita estar presente ahí. .. Oye yo nunca tuve una plática de ese tipo con nadie. Sí me sorprendí con eso..., ese tipo de conversaciones con nadie las tuve... y realmente mis metas eran ganar un concurso en la rondalla en la categoría esta, aquella, esas, eran mis metas puestas en esa época de la vida, y hacia delante pues e, casarse y tener también un ámbito limitado de acción y eso no representaba ingresos fuertes.” (M2)

“...Si hay una época en la que yo tuve que dar, el todo por el todo, fue durante la maestría (tono de voz mas bajo al final de la frase). Porque yo tuve que estudiar y trabajar...si ser papá, y entonces ahí estuvo bien, pero bien cañón. yo me di cuenta de que, (y esa parte fue muy dura para mi, que en realidad si me lo echaron en cara), yo si podía dormirme en un colchón y aún que representará un cambio de vida para mi, yo si podía hacerlo, pero ella no,”(M2)

5. Pérdidas ligadas con el desarrollo: se refiere a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

Pérdida de salud en la infancia

...” de niña tuve una cirugía y estuve a punto de la muerte, me operaron del apéndice, se me reventó, y se me complicó, ... tuve que volver porque se me infectó, olía horrible y me descubrieron... yo creo que a mis papás les dio miedo que les dijeron que probablemente me iba a morir...., volvió a decir el doctor y me dijo que tenía ya sano, que sí, me iba a volver a cocer y era un día de mi cumpleaños, por eso lo tengo muy presente, fue el 20 de junio, estaba cumpliendo 10 años...”(F2)

Pérdida de seguridad (violación)

“...Es que lo que pasó fue una situación de infancia, no le sé decir muy bien hasta a qué grado me afectó, yo fui víctima de abuso por parte de un familiar”. (F2)

“...Y pues ya empezar a ver que todo el mundo trae sus novios y pues yo no quería estar con nadie, no soportaba que me abrazaran, no soportaba cercanía, me ponía nerviosa”. (F2)

Pérdida de la primera novia

“... yo tenía como 14, 13 como 13 años aun estaba el abuelo, y tuve una novia que me gustaba mucho, pero como que la idealicé mucho y como que nadie platicó conmigo de como deberían de ser las cosas; entonces, un día que la fui a buscar, ... ().. ella no estaba, y así pasaron otros días, hasta que un cuate, “cuate”, me empezó a decir te están cuerneando, ..., y buscando, revisando en las calles aledañas me encontré a la susodicha (expresión de burla, ríe) y sí, me estaba

poniendo el cuerno (ruido de garganta)..., si llore, pero eso me marco mucho, (expresión de afirmación) ..., pues no se, la sensación, de algo de amor propio...”(M2)

También como parte de los resultados encontramos la expresión y paradigmas sobre los sentimientos ante la pérdida o ante el duelo

Creencias hacia la demostración de emociones

... “Un poco estoy hasta la fecha, no me doy permiso de llorar, porque me da como pena, o sea, así como que llorar, fue..., o sea, recuerdo que esta situación que le digo que muy dolorosa, que me pasó casi recién casada... Tengo un compañero aquí que es psicólogo entonces platicaba, yo con él. Y no sé porque en ese momento me sentí vulnerable, me dio la confianza, sentados entre cajas de libros ..., le conté esta situación, ...” (F2)

... “exactamente, Si no, no me permito llorar, que la gente se dé cuenta que soy débil porque soy débil, al contrario, doy otra apariencia muy diferente porque en mi casa me dicen que yo soy ruda, que yo soy muy fuerte, de hecho, cuando mi papá ya se sentía enfermo, hace 5 años que falleció, este duró casi un año con diálisis y pues él sabía que se iba a ir, Me dijo, “tú vas a hacer la que se va a encargar de que me cremen”, o sea, me dio la encomienda a mí que yo soy la más fuerte y no es así, ...por dar un ejemplo me da mucho miedo andar en lugares que no conozco, no saber, pues hasta para eso soy, soy cobarde, pero no dejó que se me note, o sea, trato de llevar la batuta, decir vámonos por aquí, vámonos por acá, aunque por dentro me estoy muriendo de miedo. ...”(F2)

Sentimientos hacia la infidelidad

... “Lo que me da es más coraje, entonces, si yo sigo recordando, me sigue doliendo, sabes sigo queriendo llorar, sigo enojada, me dice mi hermana que yo me victimizo igual y yo si me hago la víctima, quizá yo nací siendo la víctima no víctima sino víctima (ríe) ...”(F2)

Expresión de culpabilidad

“yo estoy en que lo de mi salud afecta toda mi familia y me sentí que esta vez fue más mi culpa, porque me acordaba yo, que me dijeron que tenía diabetes. Yo me fui por lo más fácil, pero aun así yo no me cuidaba, ahora si ya me cuido” (M5)

Sentimientos ante la pérdida

...” Pues me dijo: es que se tiene que quitar la idea y del cambio que tenía desde antes, hasta ahora. Y pues ahora sí, ya me cayó el 20, Y pues ahora sí me estoy cuidando, (...) a veces al verme al espejo me veo toda la cirugía y el pasado y piensas en todo y no sé cuántas veces he preguntado ¿hacia dónde voy?, Yo creo que nuestra vida nos pone a pensar en varias cosas, de nuestra vida física y espiritual y todo.” (M7)

Expresión de dolor

“..cuando fue lo de mi Papá me desahogué con mi esposa porque yo hice todo, todo el trabajo que toca a mis hermanos y pues yo sentí que traía algo aquí (señala su pecho) y ya me fui con mi esposa y ya me puse a platicar con ella, y entonces lloré yo, pero no solamente esa, también solté todo lo que traía, todo lo que me estaba

molestando, pero nada más con ella en el cuarto, ¡ah! también me arrodillé, me doblé, cuando me quitaron la visa” (M5)

Sentimientos de culpabilidad

... “Yo le fallé en eso, en que ella me había pedido que no la reviviera, que no quería sufrir más, que ya había sufrido con mis hermanas, pero pues no llegué a tiempo” (F5)

Emociones

... “entré a neuróticos anónimos, sí estuve yendo más o menos como que sería, un año, dos años no sí, cómo dos, porque en una ocasión hasta me tocó participar en la Junta informativa que va a ir a dar el testimonio... pero siempre consideró que tengo problemas emocionales por esa situación, o sea porque no supero esto, ¿Por qué? no sé, pero no se me acaba el coraje. ...” (F2)

... “Con exactitud, podría decir realmente lo que pienso, porque también a veces me siento culpable por tener ciertos pensamientos negativos, pero lo siento, soy humano, pues obvio soy yo, siento envidia, yo siento coraje, simplemente con mi propia hermana, porque ella que tiene buena posición económica, gana muy buen sueldo. Pero siento envidia de esas cosas, a ellas las dos hermanas, se puede decir que tienen muy buen físico, y yo le digo a mi Mamá, no me podías haber heredado otra cosa que tú Hipertensión y Diabetes y tu cuerpo. (lo dice con tono de coraje y después ríe), soy la única que lo tiene como ella. ...” (F2)

... “yo creo que sí, porque dicen que los diabéticos se hacen muy corajudos y hay veces que mi Papá decía que yo tenía una boca muy caustica, que porque cuando yo hablaba para herir a la gente, tiraba a matar, porque pues yo pienso que todos

pues cuando estamos enojados pues decimos cosas que vayan directo a herir a la gente, pá que duela, si no pá que es el asunto (risas) ...”(F2)

... “sí de alguna manera, porque si soy mucho de como flagelarme (cambia su tono de voz y ríe), si como le digo a mi hermana no soy victima soy vistima , me dice mi hermana y cuál es la diferencia a que la víctima es porque es víctima y las vistimas porque lo hacemos de forma voluntaria (ríe) y lo tomamos como prisión, y pues hace unos días estábamos en la casa de mi hermana y empecé a tirarle al Papá de mis hijos y me dijeron, ya vas a empezar y les dije ya déjenme, yo soy así feliz regodeándome en mi dolor (ríe), pero es la realidad yo se los digo en forma de broma, pero es la realidad, yo soy feliz sintiendo lo que siento (cambia en tono de voz y alarga las palabras), bueno yo digo que soy feliz ...”(F2)

... “pues yo creo que la parte emocional, de las decepciones, si yo creo que es eso, en cuanto a que no me deja avanzar y continuar, dice una persona que es de Sinaloa y que tiene una forma de hablar muy peculiar, que sigo en fase de: “y me clavo en un birrote”, es como decir y sigo en lo mismo, lo mismo (choca sus manos), y no salir de ahí ...” (F2)

... “Pienso que no estoy lista, pero el asunto, el me hoyo del asunto, es que no quiero estar lista también, no me interesa el perdón, no lo quiero perdonar, o sea, no se lo merecen las personas, en primera, porque ninguno lo ha pedido y en segundo porque no se lo merecen. ...” (F2)

De las entrevistas a profundidad realizadas muy pocos tocaron puntos como el dar resignificado a lo que les había o les esté pasando y fueron menos lo que tocaron el punto del cuidado

Resignificación

“...Hay una pequeña mención, yo creo que cuando nació mi hermanita pues eso también fue lo que me despertó. Ya pues ahí yo ya me entendí que me tenía que cuidar, yo ya también ya empecé a buscar medios, empecé a buscar ayuda en el ISSSTE y en todo lo demás, dije necesito pedir ayuda, Y este pues, empecé a llorar en las consultas”. (F2)

“...entonces yo cuando de repente me quiero rajar o algo, la verdad es que no, yo me pongo a pensar en mi mamá y en mi gente que ya no está, pero pues hicieron cosas buenas por mí y pues hay que echarle para delante; Ya sé que Diosito diga que ya no, pues ya se acabó, pero pues mientras estemos aquí, hay que echarle ganas”. (F2)

“...entonces yo pienso que tanto como superar el duelo, no se supera, se aprende a vivir con ello, pero por suerte ya no son tan doloroso. Ya no busco esos escapes, ahora a veces lo que quiero es ponerme a ver fotos y ya ...”. (F2)

“A lo mejor desde el primer capítulo, si yo hubiera tenido en ese tiempo un poquito de experiencia que tengo en este momento o de lo que he aprendido a lo largo de mi vida, yo creo que sería pedir ayuda, Sin importar qué, porque yo creo que eso pudo haber cambiado mi vida en muchos aspectos. Yo era muy conformista, yo tuve muchos problemas a raíz de eso y pues tuve que se dicen esas cositas, pero poco a poco, con la terapia, otros fueron con otras cosas y algunas les he sacado provecho, otras digo que no es eso muy feo, pero yo creo que también a lo mejor no cambiaría nada al mismo tiempo, porque después de todo, dio resultado, después de todo lo que pasa hasta en cualquier mínimo detalle de tu vida, es lo que

eres actualmente y ahorita, por ejemplo, yo estoy contenta, estoy contenta con lo que viví". (F2)

"He aprendido que siempre que me pasa algo así, tengo, tengo que decir: señor, hágase tu voluntad. Yo como que tomó las cosas muy calmadamente, por como siempre le digo a las muchachas siempre tranquilas, calmadas" (F9)

"...Y pues tuve que ir varias veces al psicólogo, iba una vez al mes o dos veces, me medicaban, pues también pasaba por lo del azúcar y por lo de la depresión. Entonces no me iba yo atender y tampoco conseguía los justificantes médicos oficiales que me podían amparar en mi trabajo. entonces, pues estuve a punto de perderme, hasta que fui consciente en un momento dado, porque pues compré una casa y pues yo no tenía para pagar mi casa, iba a perder mi casa, iba a perder todo entonces como le dije ¡no!, Pues esto ya no está bien, la verdad que fueron varias cosas. " (F2)

Cuidado

"La glucosa, la presión, la temperatura, el peso, todos los días en la mañana me checo, al principio empecé con unas gráficas, pero pues con las gráficas al principio sí les entendía, pero ahorita entendemos con los números y es que me es más fácil por la variación de los signos" (M7)

... "pero como que uno no es consciente de la enfermedad, si te dicen, te dan el medicamento, pero como que uno no se hace consciente, falta conciencia. Estoy en el diagnóstico y si yo seguía igual, como si nada, lo único que hacía porque siempre ha sido así, que, si me tomo el medicamento y digo bueno, casi no dejó de comer,

lo que me hace daño, pues el medicamento que no me falle, ¿verdad? ...” (F2)

4.2 Discusión

Como podemos observar en los resultados encontramos pacientes en los cinco bloques de Pangrazzi citado por Covodevilla (2007), esto nos pudiera habar que los informantes han estado expuesta a un sinfín de pérdidas en donde para algunos es más significativo un bloque, que otro, pero es importante destacar que de acuerdo a los resultados el bloque donde existió rápidamente una saturación de datos fue en las pérdidas de vida, después en las pérdidas de los aspectos de sí mismo, pérdidas emocionales y luego las pérdidas de objetos externos y después las ligadas al desarrollo y en los bloques donde más brotaron emociones fue en la pérdida de algún familiar, y en la salud propia. Ahora bien de acuerdo a los verbatim de los informantes algunos de ellos pudieron manifestar las etapas del duelo en que se encuentran por la dimensión de las manifestaciones físicas que percibieron o que perciben como lo podemos leer con los informantes F3,M7, F5,M2, F2. La dimensión emocional verbalizando sus sentimientos como tristeza, enfado, rabia, culpa miedo, desamparo, añoranza, cansancio, amargura, sentimientos de vergüenza como los informantes M2,F3,F6,M5, F1, M7, M6, F2

Dimensión cognitiva. falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, generalmente relacionadas con el difunto, sensaciones de presencia, olvidos frecuentes, Como lo podemos observar con los actores sociales M5,F3, F2. Dimensión conductual. Se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. Aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, psicofármacos u otras drogas. Como lo podemos confirmar a través de la

lectura de las narraciones de los informantes F1, F2. Dimensión social. Resentimiento hacia los demás, aislamiento social. Como se puede comprobar en las lecturas de los actores sociales F1, F2. Dimensión espiritual. Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida. Como lo podemos observar en los informantes F2, F9 M7. Es claro que los actores sociales al verbalizar sus experiencias de vida no siguen un patrón claro de los duelos en los que están parecería que están transitando de un lugar a otro y en donde de acuerdo con la experiencia ante la pérdida es el grado de sufrimiento que enmarca al actor social con ello también podemos coincidir con Cobodevilla la persona al saberse enferma de DM t2 lo hace sentir vulnerable ante las pérdidas que ha presentado o que presenta durante su vida. Ahora bien, de acuerdo con el autor encontramos cualquier tipo de clasificación del duelo que busquemos como el anticipado más en aquellos pacientes que tienen ya comorbilidades por la propia DM, duelo crónico en aquellos donde existieron pérdidas en su infancia o pérdida de madre, hijos, padre. Duelo exagerado lo encontramos en tres pacientes ante la pérdida de un familiar, ante la pérdida de la seguridad personal, ante la estabilidad en pareja, duelo migratorio lo encontramos presente en tres pacientes por cambio de residencia. Por lo cual podemos decir que bajo la lupa del Autor Cobodevilla nuestro trabajo tiene amplias coincidencias con su propuesta enmarcada en las pérdidas y sus duelos, en donde también sustenta quien las manifestaciones de los duelos no son universales ni generalizables porque aún que padezcan una misma enfermedad cada actor social lo ha tomado de diferente manera y lo expresa de diferentes maneras.

De acuerdo con el trabajo presentado por Mendoza Catalan y cols (2021), los

actores sociales que participaran en nuestro trabajo referencian las etapas del duelo de manera clara de los 20 pacientes entrevistados, 18 mencionaron el impacto emocional que surgió ante el diagnóstico de la enfermedad o de las enfermedades, estas las podemos leer cuando hablan de su pérdida de la salud y o de su adherencia al tratamiento, el cómo pasaron por la negación, la negociación y la depresión, es informante aclarar que a la lectura de todas las entrevistas, solo las personas que han tenido complicaciones que los ha llevado a una discapacidad adquirida son las que tiene más apego al manejo y tratamiento y que pudiéramos decir que se encuentran en la etapa de la aceptación, ahora bien también es necesario retomar que encontramos pacientes con duelos complicados y que es evidente que esta impactando en su salud por ejemplo aquellas que han tenido pérdidas de vida, a objetos externos y que es urgente que se intervenga.

Ahora bien si retomamos el estudio que realizó Quito Maza, C; Trelles Calle, D y Cadena Povea, H (2019), y en donde expone que los informantes con duelo complicado también son aquellos que se niegan a recibir atención psicológica y que es claro la no habilidad del manejo del duelo, podríamos decir que el estudio arroja que de los 20 actores sociales solo los están en atención psicológica, el paciente que tuvo depresión y el paciente que fue trasplantado y que el apoyo del manejo con el profesional de la salud mental fue realizada por otra patología, no por la DMt2 en sí y entonces tendríamos a 18 informantes que requieren de una valoración con un especialista para descartar duelos complicados

Sobre los aspectos culturales ante la pérdida de la salud, la manifestación de las emociones y la vivencia del duelo, encontramos clara semejanza con el trabajo de Mendoza-Catalán G, Gallegos-Cabriaes EC, Figueroa-Perea JG., (2017) en donde

el factor cultural del patriarcado a penetrado hasta el grado de no aceptar la enfermedad por que seria aceptar debilidad o vulnerabilidad física de igual manera llorar y los hombres o las personas deben de manifestar la fortaleza sin exponer ningún sentimiento que oriente o demerite la condición de fortaleza aunque eso represente deterioro en la salud mental como lo mencionan los autores, por lo cual nuestro estudio tiene amplias conciencia con el trabajo.

En nuestro estudio surgieron duelos que algunos informantes vienen arrastrando de la infancia/adolescencia y que los llevo a ser vulnerables mucho antes de aparecer la enfermedad de la DMT2 y en donde tuvieron que integrar estrategias para afrontar la realidad modificando su mundo interno de si mismo, tal como lo referencian en el trabajo los autores Guillen Guillen y cols (2013) y que al verse obligados a afrontar otros duelos estos salen a flote, tal como podemos leerlo en este trabajo .

De acuerdo con el autor Elmiger (2011), uno de los primeros en escribir sobre el duelo fue Sigmund Freud, en su obra “Duelo y Melancolía” publicado en 1917, en dicha obra conceptualiza al duelo como aquello perdido, un objeto de amor, o amado de tal forma que el proceso de duelo no sólo se da ante la muerte de seres significativos, si no ante la pérdida de algo querido. Como hemos podido observar los participantes hablan caramente sobre las perdidas y lo significativo que era para ellos, por ejemplo al dejar su trabajo como Paramédico, o la confianza en su Madre y su esposo

Por otra parte, en el trabajo de Sanz (2007), denominado “La vida después de la pérdida de un ser querido”, señala que: el duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una

persona o cosa querida asociándose a síntomas físicos y emocionales; en donde el duelo no es un sentimiento único, es una completa sucesión de sentimientos que precisan tiempo para ser superado. También es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo que es importante para quien vive el duelo y es un precio que pagamos por el amor que se profesa a la persona o cosa pérdida. Para este autor la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye; además señala el autor que toda persona está sembrada desde una mirada de pérdidas, que recuerdan constantemente la precariedad y provisionalidad de todo vínculo y de toda realidad.

Podemos observar en los resultados en la categoría de familiares como la pérdida de los padres o de un hijo marca a las personas con un antes y un después, de igual manera el padecer una enfermedad y la complicación de una enfermedad conllevan a las personas a un duelo por la pérdida de la salud, y a esta nueva forma de vida que tiene que adaptar y adoptar.

Ahora bien, los autores Díaz, Molina, y Marín (2015), en su trabajo denominado “Las pérdidas y los duelos en personas afectadas por el desplazamiento forzado” referencian dos postulados el primero de Wringht y Hogan (2008), donde consideran que, el duelo es un proceso dinámico y multidimensional que depende de variables personales, relacionales y socioculturales, cuyo desenvolvimiento depende del tipo de pérdidas. El segundo postulado es de Casado y Leung (2001), donde referencian que existen pérdidas físicas clasificadas como tangibles (seres queridos o las posesiones) y las segundas son intangibles, (los roles sociales o la identidad). En este sentido de acuerdo con las pérdidas que mencionamos en este trabajo podemos observar como las personas experimentan pérdidas que a la luz de

terceros pudieran ser no tan significantes ejemplificando esto los cambios en la actividad sexual, que en ocasiones son duelos desautorizados intangibles porque estamos en una sociedad donde no es bien visto hablar de esas pérdidas,

En este sentido el autor Cabodevilla, (2007), en su trabajo denominado “Las pérdidas y sus duelos”, aborda que las pérdidas como cualquier separación (permanente o temporal), de cualquier tipo, ya sea objeto, situación o persona, derivado de esta separación se puede generar algún tipo de duelos y estos duelos tienen importancia o valor “real o simbólico, consciente o inconsciente” en el desarrollo emocional. Como ejemplo tenemos la pérdida o separación temporal y permanente del trabajo en los casos que mencionamos tenemos el de Donde nos habla que por la enfermedad tuvo que dejar su trabajo espacio donde ella se podía refugiar, sentirse útil y olvidar sus problemas o donde tuvo que modificar un estilo de vida para lograr un bien estar, pero donde al paciente le cuesta trabajo resignificarlo y es por ello que verbaliza que la enfermedad lo domo.

Los autores Orozco y Escalante (2017), afirman en su trabajo denominado “La gravedad del duelo”, que la experiencia de pérdida se encuentra en el corazón mismo de la dialéctica psíquica, que en muchas ocasiones no puede ser expresado o nombrado, en donde la pérdida siempre plasmará una condición, y en donde el duelo puede ser una incidencia violenta del acontecimiento, señalada como violenta porque marca simbólicamente al sujeto, el suceso marca un tiempo entre el pasado y el presente y en donde actúa la memoria del duelo, donde las cosas ya no son lo mismo, desde el acontecimiento, el duelo puede ser producido también por una idea quebrantada, los autores señalan que existen pérdidas que pueden llevar a quien las padece a psicosis alucinatorias de deseo; señalan en este mismo trabajo que la

suma de dos duelos (la pérdida de un novio mas la muerte de un padre), agrava el duelo y se acentúa uno mas que otro, lo que puede llevar al doliente a experimentar diversos tipo de duelos. En este sentido si analizamos a los diferentes actores sociales que se referencian en este trabajo podemos encontrar la experiencia que ellos manifiestan ante su perdida y como la viven, en este apartado rescatamos cuando nos indica que la pérdida de un familiar es una ruptura, como un barco que se hunde y ya no hay marcha atrás: que tan violento para este actor social fue la separación que simbólicamente describe su sentir.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

5.1 Hallazgos

Hemos dado respuesta de manera clara a la pregunta de investigación donde los duelos que viven y experimentan en las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo2 con o sin discapacidades crónicas pertenecientes al centro de Salud Ollerías de la Jurisdicción No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P son diversos y que las personas que hemos abordado nos narran una abanico amplio de la tipología de duelos, desde el duelo normal, hasta el patológico, pasando por aquellos duelos que han sido desautorizados, por lo cual se hace complicado poder generalizan el tipo de duelo en el que se encuentran los actores sociales involucrados, ahora bien muchos de estos duelos que narran se presentaron antes de la enfermedad de la DM, que esa es una característica muy clara de los entrevistados, algunos de ellos indicaron que ese duelo marco un antes y un después y que posterior al ligo el Diagnóstico de la enfermedad, como si fuese la antesala a los duelos que llegarían mas tarde.

Algunos de los entrevistados en sus narraciones tienen tan presente una línea del tiempo y como al sufrir esa pérdida que ellos consideran importante dejo una huella, algunos aun verbalizan el dolor que sienten, otros en sus discursos lo marcan con rasgos de aceptación.

5.2 Recomendaciones

Los autores García, Grau, y Pedreira (2014), identifican en su trabajo denominado “El duelo y proceso salud-enfermedad en la atención primaria de salud”, que el duelo constituye una etapa de riesgo para la aparición de algunas enfermedades

(depresión, susceptibilidad inmunológica), o para que el mismo se convierta en una enfermedad o "duelo patológico" diferente al síndrome depresivo, lo que puede derivar en un factor de riesgo de enfermar, elevando la morbilidad y la mortalidad de los dolientes y lo caracterizan como un problema semiculto en la salud pública contemporánea que requiere un monitoreo cuidadoso y un manejo general para evitar complicaciones.

Para poder clasificar los duelos este estudio se quedo en la subjetividad por el corte metodológico que se abordo por lo cual es necesario que para futuros estudios se tome un abordaje mixto y si es posible con una metodología de casos y controles para buscar las características que llevan al paciente a llegar más rápido a la fase de aceptación.

5.3 Investigaciones Futuras

El duelo causado por el enfermedad, es un duelo poco hablado por las personas que padecen DM t2 pocas veces hablan frente a sus médicos tratantes sobre la vulnerabilidad emoción a la que la propia enfermedad los somete, solo dos pacientes referenciaron el abordeje con el medico tratantes, parecería que si el sujeto lo hablase se fragiliza, pero es tan claro en las narraciones como la persona está viviendo o experimentando una pérdida, y que está marca un sentido en su vida, ahora bien dentro de las narraciones podemos leer que aun que sea por un cierto periodo en lo que acepta el diagnóstico médico, los pacientes viven el tiempo y el espacio interno y externo como desdibujado y se genera un verdadero caos emocional y en donde buscan de manera desesperada estrategias para afrontar la situación y en donde de acuerdo a las narraciones el personal de salud no abordo,

por el contrario se le lleva al actor social a tomar las decisiones de cuidado y autocuidado y la persona muchas veces, no ha podido superar, su realidad ante la pérdida de la salud y de otras pérdidas por lo cual las decisiones que toma se ven verdaderamente comprometidas como lo podemos leer a lo largo de las narraciones de los informantes abordados en este estudio.

5.4 Limitaciones

Este estudio tuvo limitaciones claras, ya que en el momento que se realizaron las entrevistas estábamos en plena pandemia, lo cual hizo que las entrevistas se llevaran a cabo bajo estrictas medidas de distanciamiento social, en donde nos atendieron en sus domicilios pero en cocheras, o en patios abiertos con presencia de algunos familiares y esto en algunas ocasiones limitó que el informante realmente pudiera hablar de manera más abierta o bien la interferencia de ruido limitó la entrevista y la transcripción de la misma.

5.5 Validez de la Investigación

Las etapas del duelo en que se encuentran ciertamente están traslapadas en muchos de los pacientes y la clasificación depende de la dimensión de la pérdida a la cual el paciente realice la referencia, en relación a la enfermedad y comorbilidad encontramos que fluctúan entre todas las etapas del duelo dependiendo de su sentir hacia el estado de salud, ya que ellos referencian de manera implícita una inseguridad desde el momento mismo del diagnóstico y en donde muchas de sus dimensiones individuales las ven comprometidas incluyendo la simbólica y en donde se hace poco factible detenerse a atenderse la salud mental

5.6 Conclusión General y Reflexiones Personales

Aplicar la fenomenología para abordar los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 permitió adéntranos a la vida de cada uno de los participantes lo cual permitió tener una clara visión de sus contextos hablando desde una posición mental ya que dejan ver con mucha claridad cuales son sus emociones y como estas se relación a la vivencia de los duelos, por lo cual concluimos que se hace necesario poder aplicar metodología cualitativa en la atención a la salud este tipo de personas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Alberola Candel V, Adsuara Vicent L y Reina López N. (2014). Intervención Individual en el duelo. En: *Duelo en Oncología*. España: Sociedad Española de Oncología Médica, 137-154.

Ávila, X. y Lima, V. (2013). Retinopatía que amenaza la visión en pacientes diabéticos no referidos al oftalmólogo. En: *Gaceta Médica de México*. Consultado en Julio 2014. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm136f.pdf>

Barreto, P. & Soler, M. (2007). Muerte y duelo. *Madrid: Síntesis*

Barros Calderon, F. S., Mesa Cano, I. C., & Ramirez Coronel, A. A. (2021). Analysis of coping type II diabetes mellitus. *Universidad Ciencia Y Tecnología*, 25(110), 191-197. <https://doi.org/10.47460/uct.v25i110.491>

Bowlby, J. (2012). *The making and breaking of affectional bonds* Routledge.

Catalán, G. M., Crisóstomo, Y. M., Santamaría, Y. R., Sainz, J. L. H., Valverde, J. M. G., & Jaimes, J. A. P. (2021). Stages of Grief and Therapeutic Adherence in People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Atención Familiar*, 28(3), 162-166.

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272007000600012&lng=es&tlng=es

Calvo, V. G. (2005). El duelo migratorio. Trabajo Social, (7), 77-97. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477>

Cerquera C. A. M. y Quintero M. M. S., (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 45, 173-180. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>

Cevo, M. C. (2020). Duelo Patológico. Horizonte De Enfermería, 2(1), 28-34. Disponible en <http://revistachilenadederecho.uc.cl/index.php/RHE/article/view/14990>

Couselo-Fernández, I., & Rumbo-Prieto, J.M.. (2018). Riesgo de pie diabético y déficit de autocuidados en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Enfermería universitaria, 15(1), 17-29. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62902>

Elmiger M.E (2011). Variaciones actuales de los duelos en en Freud. Desde el Jardín de Freud Revista de Psicoanálisis n° 11, , Bogotá. ISSN:1657-3986, pp. 31-50.

Feldman, E. L., Callaghan, B. C., Pop-Busui, R., Zochodne, D. W., Wright, D. E., Bennett, D. L., Bril, V., Russell, J. W., & Viswanathan, V. (2019). Diabetic neuropathy. Nature reviews. Disease primers, 5(1), 41. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0092-1>

Fernández M. G., González A. (2009), Cuadros depresivos en la fase aguda del ictus isquémico. ¿Una reacción de duelo? Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXIX, n.º 104, pp. 371-381

Flórez S.D. (2002), Duelo Anales Sis San Navarra 25 (Supl. 3): 77-85. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545/4560>

Fraile, S. G. (2006). El duelo en el niño. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 13(7), 344-348. Disponible en <https://www.guixa.es/pdf/El-duelo-en-el%20nino.pdf>

Fundación Internacional de diabetes (2019) Atlas de diabetes mellitus consultado en https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf

Gamo Medina, Emilio, & Pazos Pezzi, Pilar (2009). El duelo y las etapas de la vida.. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XXIX(104),455-469. ISSN: 0211-5735. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>

García C.R.V., Grau A. J.A., y Pedreira I., (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 30(1), 121-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000100012&lng=es&tlng=es

García-García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Mauriz, A., & Andollo, I. (2001). Cuidados primarios de duelo (CPD). El nivel primario de atención al doliente. Sestao: Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya, 17-18. Disponible en <https://pilarviciano.com/wp-content/uploads/2017/03/cuidados-primarios-garcia-garcia-et.-al-obligatoria.pdf>

Greene, J. (2000) Understanding social programs through evaluation. In: Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.) Handbook of Qualitative Research, 2nd. edition. Thousand Sage Publications; pp 981-999.

González González, Norma, & Tinoco García, Alicia Margarita, & Benhumea González, Laura E. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), 258-279. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=6762131901>

Gobierno de México (2021) Informe sobre situación de pobreza y rezago social 2021 San Luis Potosí, Matamoros Disponible en <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/informe-anual-sobre-la-situacion-de-pobreza-y-rezago-social>

Guinot, J. L., Cuesta, M., Farriol, V., & Postigo-Zegarra, S. (2019). Duelo anticipado y sentido. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 1(1), 5-11. Disponible en <http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/numero%206/dueloprevio1.pdf>

Guillén Guillén, Elena; Gordillo Montaña, M^a José; Gordillo Gordillo, M^a Dolores; Ruiz Fernández, Isabel; Gordillo Solanes, Teresa (2013) Crecer con la pérdida: el duelo en la infancia y adolescencia *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2, núm. 1, pp. 493-498. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. Badajoz, España

Guzmán, R. (2020). Dolus y Duellum: Pérdida, dolor y duelo en la consulta. *Revista Pensamiento Académico*, 3(1), 185-195. <https://doi.org/10.33264/rpa.202001-13>

Iriarte, A. M., Giles, O. A., Sandoval, M. E. Y., Mendoza, R. D., & Avilés, A. G. P. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2

descontrolados y controlados. Revista de especialidades médico-quirúrgicas, 18(1), 13-18.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016) Inventario Nacional de Vivienda Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/inv/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) Inventario Nacional de Vivienda Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) Inventario Nacional de Vivienda Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>

Quito Maza, C; Trelles Calle, D y Cadena Povea, H (2019). Afrontamiento de un grupo de adultos ante el duelo por pérdida de los padres en el Centro de Apoyo al Duelo. Areté. Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela. 5 (9), 169 – 184

Kaufmann Salinas S.,(2015) El sí que hace duelo: implicacias ontologicas y éticas. Limite.Revista Interdisciplinaria de la Filosofía y psicología Vol 10 N 33 pp 16-25. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612106>

Ledon, I. (2012). Impacto psicosocial de la DIABETES mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. En: Rev Cubana Endocrinol, 3. Consultado en Julio 2014. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156129532012000100007&script=sci_arttext

Les Trodes e Immy Holaway (2006) Investigación Fenomenologica. En Investigacion en enfermería de Gerrish Kate y Lacey Anne (2006) Magraw Hill 5 edición.

Lima, V. y Mora, E. (2010). Causas de deficiencia visual en pacientes DIABÉTICOS mexicanos. En: Rev Endocrinol Nutrición, 9 (4). Consultado en Julio 2014.

Recuperado

de:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=3127&id_seccion=348&id_ejemplar=358&id_revista=23

López López, E. (2016). Duelo En Pacientes Con Diagnóstico De Diabetes Mellitus Y Servicios De Salud Culturalmente Competentes: Propuestas De Abordaje Desde La Psicología. Huella De La Palabra, (10). <https://doi.org/10.37646/huella.vi10.353>

Noreño Castaño Gildardo (2020) Tesis: Una lectura de envejecimiento a partir de Dasein auténtico. Escuela de ciencias sociales, artes y humanidades. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/37484/ganorenac.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Marcial-Ventura GA Lugo-Radillo A, Elizarrarás-Rivas J, Contreras-García CM, Elizarrarás-Cruz JD, Herrera-Lugo KG, Cruz-Jiménez FE, Escobar-Vázquez M. (2019) El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. *Avan C Salud Med*; Vol 7 número 3. Pp 68-77

Martínez Pérez, Teresita, González Aragón, Caridad, Castellón León, Gisela, & González Aguiar, Belkis. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. *Revista Finlay*, 8(1), 59-65. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es.

Mediavilla Bravo José Javier (2001) Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *Semergen* Vol 27 número 3 pp 132-135

Mendoza-Catalán G, Gallegos-Cabriales EC, Figueroa-Perea JG., (2017). Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. *Rev Cuid.*; 8(3): 1786-98. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.420>

Molina, A.N y Marín, M.A (2015). Las pérdidas y los duelos en personas afectadas por el desplazamiento forzado. *Pensamiento Psicológico*, 13(1),65-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80140030005>

Montiel, M. y Domínguez, M. (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. En: *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (2). Consultado en Julio 2014. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021986002.pdf>

Morse, J.M., & Field, P.A (1995). *Qualitative research methods*. Newbury Park, CA: Sage. Organización Mundial de la salud (2013). Universal eye health: A global action plan 2014–2019. from: [http://www.vision2020australia.org.au/uploads/resource/108/Universal- Eye-Health-A-Global-Action-Plan-2014-2019.pdf](http://www.vision2020australia.org.au/uploads/resource/108/Universal-Eye-Health-A-Global-Action-Plan-2014-2019.pdf).

Orozco G. M. y Soria E. H. ,(2017). La gravedad del duelo como acontecimiento. *Revista Latinoamericana Psicopatología Fund São Paulo*, 20(3), 497-510, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n3p497>.

Ortiz S.J., (2007) La vida después de la perdida de un ser querido *Enfermedades Oncologicas* Pubicaciones Permanyer cap 21 pp 233- 246

Ovalle-Luna, O. D., Jimenez-Martínez, I. A., Rascan-Pacheco, R. A., Gómez-Díaz, R. A., Valdez-González, A. L., Gamiochipi-Cano, M., . . . Méndez-Padrón, A. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta medica de Mexico*, 155(1), 30-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm191e.pdf>

Payás P. A. (2010) Las Tareas de los duelos: Psicoterapia desde un modelo integrativo relacional. Editorial. Paidós 1ra edicion, pp 20, 22

Pera, P. I., Vasallo, J. M., Andreu, O. G., & Rabasa, A. T. (2008). Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. *Endocrinología y nutrición*, 55(2), 78-83.

Pérez, M., Triana, I., Pérez, L. y Isas, M. (2012). Caracterización clínica de la retinopatía diabética en diabéticos tipo 2 atendidos en el Servicio de Retina del Centro Oftalmológico “Dr. Salvador Allende” de la Habana. En: *MEDICIEGO 2012*, 18 (1). Consultado en Julio 2014. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdc121g.pdf>

Pérez Sánchez L., López, J., Oropeza Tena, R. y Colunga Rodríguez, C. A. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. *Revista Iberoamericana de Ciencias* ISSN Disponible en: 2334-2501 <http://dspace.uan.mx:8080/bitstream/123456789/679/1/Psicogerontolog%C3%ADa%20y%20trabajo%20anticipado%20del.pdf>

Pinedo Palacios, José Ramón, & Santelices Álvarez, María Pía (2006). Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-209 ISSN: 0716-6184. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524210>

Polanco-Flores, Nasser Abdel, & Rodríguez-Castellanos, Francisco. (2019). Resultados de un programa de detección temprana de nefropatía diabética.

Medicina interna de México, 35(2), 198-207. Epub 30 de septiembre de 2020.<https://doi.org/10.24245/mim.v35i2.2219>

Ramos-Pérez, V., del Rocío Hernández-Pozo, M., & Álvarez-Gasca, M. A. (2019). El afecto emocional en pacientes diabéticos mexicanos. Tesis Psicológica, 14(1), 10-28. Disponible en: <https://doi.org/10.37511/tesis.v14n1a1>

Schwartz, H. y Jacobs, J. (1984). Sociología cualitativa: método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas.

Shaw, IF. (2003). La Evaluación Cualitativa: Introducción a los Métodos Cualitativos. Barcelona, Paidós

Suárez, J. (2010). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. En: Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 30 (2). Consultado en Julio 2014. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159022496008.pdf>

Statista Research Department (2021) México: principales causas de mortalidad en el estado de San Luis Potosí 2020. Numero de Fallecimientos registrados en el estado Mexicano de San Luis Potosi 2020, Según las principales causas de mortalidad. Disponible en <https://es.statista.com/estadisticas/650146/principales-causas-de-mortalidad-en-el-estado-de-san-luis-potosi/>

Tessier, D., Ávila J. y Aguilar S. (2010). Diabetes y cambios en el estado funcional de los ancianos: ¿Una realidad? RIC Geriatria. Consultado en Julio 2014. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104g.pdf>

Uwe Flick (2015) El diseño de la investigación cualitativa. Ediciones Morata.Madrid

Varela López, L. L., Reyes Monroy, C. A., y García, J. (2017). Tipos de duelo y estrategias de afrontamiento. Disponible en .

<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/14552>

Vinaccia S. y Orozco L.M.,(2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 1(2),125-137.[Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=679/67910202>

APÉNDICE. Documentos y formatos

Apéndice A. Guía de Observación participante

Estructura

- Ubicación de la infraestructura
- Tipo de construcción

Relaciones

- Tipo de convivencia

Reacciones en la entrevista

- Gesticulaciones durante la entrevista
- Posiciones
- Lenguaje corporal
- Expresión
- Manifestación del estado de ánimo por gesticulación
- Tipo de contacto con el Investigador (visual, corporal)
- Intervenciones en la entrevista (por quien, frecuencia , momentos

No. de Entrevista
Iniciales del informante
Fecha mes/día/ año
Iniciales de la observadora
Hora Inicio/ Terminó
Numero de ficha de observación
Estructura y ambiente físico (iluminación, limpieza, ventilación)
Actitudes
Expresión corporal

No. de Ficha
Iniciales del informante
Fecha mes/día/ año
Iniciales de la observadora
Hora Inicio/ Terminó
Numero de ficha reflexiva
De la entrevista y de la observación.

Guia de entrevista semi estructurada

Apéndice B Formato de preguntas semiestructuradas

Pregunta Eje ¿Cuáles son los duelos que se viven y experimentan en las personas que padecen DM T2 con o sin discapacidades, pertenecientes al centro de Salud Ollerias de la Jurisdiccion No 2 núcleo 1, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Matehuala S.L.P. ?.

Datos Socio-Demográficos:

Edad _____ sexo _____ Estado civil _____ Escolaridad _____

Ingresos económicos mensuales _____ ¿A qué se dedica? _____
Lugar de nacimiento _____ Tiempo de residencia _____ Enfermedades que padece _____

_____ Tiempo de padecimiento _____ medicamentos que toma _____

Apego al tratamiento _____

- ¿Qué piensa usted de su vida como adulto ?
- ¿Qué fue lo que la condujo a padecer DM? ¿Cómo se le desarrollo la DM?
- ¿Qué significó para usted el haber sido diagnosticado con una enfermedad cronica como la DM ?

- Hábleme de la experiencia que vivió después del diagnóstico de DM /complicación
- ¿Cambio algo de su vida diaria?
- ¿Ha percibido cambios en su cuerpo y funcionamiento?
- ¿Qué ha experimentado y que ha realizado para sentirse mejor?
- ¿Durante esta enfermedad usted se ha enfrentado a pérdidas ?
- ¿De qué tipo?
- ¿Estas pérdidas que significaron en su vida?,
- ¿Cambio algo de ver su existencia?
- ¿Qué implicaciones tuvo/tiene para usted las pérdidas que ha tenido ?
- ¿Cuáles son los problemas que, para usted, ocasionan estas pérdidas?
- ¿Cómo se siente en este momento ante las pérdidas ?
- ¿Qué implicaciones tuvo/tiene para su familia el que usted tenga dm con o sin complicaciones ?
- ¿Ha usted recibido algún tipo de tratamiento para como se siente con las pérdidas?
- ¿Por estar enfermo se ha enfrentado a cambios en su trabajo o en su familia?
- ¿Cómo se siente con ello?
- ¿En su relación de pareja a tenido algún cambio?¿ como se siente con ello?
- ¿Cuál es su perspectiva en relación a las pérdidas de duelos?

Apéndice C. Reglas de Transcripción

Observación que se realizará será de manera participante, la simbología y la puntuación se utilizará de acuerdo con la propuesta por Elsie Rockwell y Ruth Mercado (1980).

Simbología y Puntuación	Significado
“ ”	Registro verbal, textual de lo registrado (durante entrevista/observación) o de transcripción de grabación.
‘ ’	Registro verbal aproximado, registro en notas de campo (durante o inmediatamente después de entrevista).
[]	Registro verbal aproximado, de memoria, al hacer la revisión o inferido, cuando la grabación es clara.
Sin Puntuación	Versión indirecta, ejemplo No explicó que harían la junta...
/ /	Conductas no verbales o información del contexto paralelas al discurso -puede intercalarse.
()	Interpretaciones o Interferencias sobre tono, actitudes, posibles significados dentro del contexto de la entrevista, por ejemplo (tono de duda), (tono de regaño), (tono de burla), (tono de pregunta).

(())	Interpretaciones o relaciones con otra información fuera del contexto; antecedentes que aclaran el sentido de diálogo.
...	Pausa mayor a lo normal.
¿ ?	Pregunta.
.	Para cambiar de tema y evitar ambigüedad.
'	Para evitar ambigüedad sintáctica.
-----	Cuando se cambia de tema momentáneamente o se intercalan frases.
.....	Verbal, no registrado o que no se recuerda. Puede agregarse tema aproximado y /o duración si se recuerda.
:	Diálogo indirecto dentro del verbal textual o aproximado.
<u>Subrayado</u>	Texto escrito, copiado del pizarrón, libros, etcétera.
_____	Tono de dictado.
%+	Inicia transcripción de grabación.
%-	Termina transcripción de grabación.

Apéndice D Formulario de consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación”

Alumna/Investigadora: Nereyda Hernández Nava,

Asesores: Dra. Ma del Rocío Rocha Rodríguez

Lugar y fecha: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

“Fenomeno de los duelos en la discapacidad adquirida por DMT2 ”.

El objetivo del presente estudio es: Describir y analizar **Fenomeno de los duelos en la discapacidad adquirida por DMT2**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Permitir ser gravado en una entrevista individual realizada por el investigador.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: a) Ventajas de participar: reflexionar acerca de los riesgos laborales b) Riesgos o inconvenientes: No existe ningún riesgo por participar en esta investigación.

El investigador se compromete a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante este estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Nombre y apellido: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Testigo 1)

Nombre y apellido: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Testigo 2)

CURRICULUM VITAE

Nereyda Hernandez Nava es Profesora Investigadora de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, perteneciente a la Coordinación académica Región Altiplano. Realizo la licenciatura en Enfermería en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y, cuenta con la Maestría en Gerontología Social por la Universidad de Guadalajara. Obtuvo el grado de Doctora en Salud Mental en el Instituto Superior de Estudios de Occidente con la tesis “FENOMENO DE LOS DUELOS EN LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA POR DIABETES MELLITUS TIPO 2”. Su línea de investigación se centra en los campos de la investigación cualitativa y sus aplicaciones en salud (la vejez, el envejecimiento, en el cuidador, así como en la evaluación de los programas de salud dirigidos a esta población), también se centra en la aplicación de la investigación cualitativa hacia el área de la educación (formación de recursos humanos en enfermería) y cuenta con 22 artículos indizados en estas líneas de investigación.

