



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTUDIO DE 8 PACIENTES, DIAGNOSTICADOS CON DIABETES, EN
PROCESO DE DUELO DEL HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN,
VERACRUZ”.**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NANCY GARCÍA HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESIS:

LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ

COATZACOALCOS, VER.

ENERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

En primer lugar, le dedico este trabajo a **Dios** que me ha brindado la vida, la oportunidad de llegar a este momento tan especial, y que me ha puesto, en el lugar, con las personas me aman y en el momento indicado, porque tus tiempos son perfectos.

A **mi madre**, que siempre ha estado a un costado apoyándome, amándome impulsándome a ser mejor persona y a cumplir cada uno de mis sueños.

A **mi padre**, que me ha alentado y apoyado en este proyecto y me ha amado.

A **Matias**, que sin duda alguna, has sido lo más hermoso que Dios me pudo regalar, porque cada sonrisa tuya me ilumina.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por llenar mi vida de bendiciones, de amor, y de pruebas necesarias que me han permitido crecer, por darme la familia que me has dado. Por ser mi fortaleza y porque en ti confié señor.

A **mi mamá**, que aún, con el paso de los años me sigues mostrando tu gran amor, gracias por tu tiempo, por tu dedicación y por apoyarme en cada decisión. Por cuidar a mi tesoro más grande.

A **mi papá**, que a pesar de las circunstancias me has mostrado tu amor y apoyo “gracias por aventarme a la piscina”.

A **mi hijo**, que me ha cambiado maravillosamente la vida y te has convertido en el **gran amor de mi vida**.

A mis hermanos **Hugo, Carlos y Adolfo** que siempre serán parte de mi vida.

A ustedes por depositar su confianza en mí, por creer que era capaz, y porque mi logro, también es suyo.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Introducción	6
Capítulo I	8
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Objetivo general	11
1.3 Objetivos específicos	11
1.4 Preguntas de investigación	11
1.5 Hipótesis	12
1.6 Variables	12
1.7 Justificación	13
Capitulo II	15
Marco teórico	16
2.1 Diabetes	16
2.1.1 Afectaciones	17
2.2 Pérdida	18
2.2.1 Tipos de pérdida	19
2.3 Duelo	21
2.3.1 Etapas del duelo	23
2.3.2 Duelo por enfermedad	25
2.3.3 Duelo normal	28
2.3.4 Duelo patológico	30
2.4 Depresión	31
2.5 Muerte	34

2.6	Modelos teóricos sobre el duelo	39
2.6.1	El modelo psicoanalítico de Sigmund Freud	39
2.6.2	El proceso del duelo en el modelo psicoanalítico de Melanie Klein	42
2.6.3	El duelo y la teoría del apego de John Bowlby	45
2.6.4	El duelo y Tizón	48
	Capítulo III	50
3.1	Metodología	51
	Capítulo IV	55
4.1	Análisis e interpretación de resultados	56
4.2	Conclusión	69
4.3	Propuesta	71
	Bibliografía	75
	Anexos	78

INTRODUCCIÓN

El duelo que viven los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes es el tema que nos condujo a la elaboración de esta investigación la cual fue desarrollada en los capítulos que se mencionan a continuación:

En el primer capítulo se plantea el problema de investigación, conoceremos el objetivo general el cual consiste en analizar el proceso de duelo de los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes, también se podrá encontrar los objetivos específicos que llevan a formular tres preguntas de investigación que encauzarán el trabajo de investigación. Otro punto que se expondrá en este apartado es la especial importancia que nos lleva a ahondar en la diabetes ya que esta enfermedad crónica se ha ido incrementando en nuestro país hasta llegar a ser una de las principales causas de mortalidad.

En el segundo capítulo, se muestra que es la diabetes y el impacto que la enfermedad tiene en los pacientes, desde una perspectiva psicológica, así como las principales afectaciones en los diabéticos. Se presenta la definición de pérdida y algunos de los tipos existentes; el duelo, algunos tipos de duelo, como el duelo normal, por enfermedad y duelo patológico, de igual modo las etapas que incluyen el duelo, modelo creado por Elizabeth Kübler-Ross.

Se abordará la depresión como uno de los resultados de la diabetes; y la muerte como algo inherente a la vida, vista desde diferentes perspectivas.

Se exponen algunos enfoques teóricos sobre el duelo entre los cuales se encuentran las aportaciones de Sigmund Freud, en donde compara la naturaleza del duelo, con la melancolía y hace alusión a tres niveles de elaboración del duelo, otro representante psicoanalítico, es Melanie Klein quien contribuye insistiendo que cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada con respecto a nuestro objeto primigenio.

También se alude a John Bowlby quien de acuerdo a su interesante teoría del apego define al duelo y en base a dicho concepto y otros estudios da lugar a

cuatro fases del duelo: embotamiento, anhelo y búsqueda de la figura perdida, desorganización y desesperanza y por último reorganización.

Y finalmente encontraremos el modelo teórico de Tizón para quien el duelo era un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales ocurridos tras una pérdida, con el que la persona estaría vinculado psicosocialmente.

Posteriormente, en el capítulo tres abordamos la metodología que se desarrolla en esta investigación, la cual será con un alcance exploratorio y descriptivo a la vez, se manejará un diseño no experimental de tipo transversal, esto desde un enfoque cualitativo. Se describe a la población y muestra, que consta de 8 pacientes diabéticos del hospital general de Minatitlán. Además se presentan las técnicas y métodos manejados para la realización de este trabajo, las cuales permitirán evaluar el proceso de duelo que los pacientes diabéticos deberán de afrontar al recibir el diagnóstico de esta enfermedad crónica.

En el capítulo cuatro se analizan los resultados obtenidos después de haber aplicado las pruebas mencionadas en el capítulo anterior.

Se incluyen las conclusiones en las cuales se alcanza los objetivos planteados en el primer capítulo y en conjunto con los diferentes enfoques teóricos se sustenta la hipótesis planteada.

Por último se realiza una propuesta terapéutica que consiste en acompañar al paciente diabético que está en elaboración de duelo, a través de diferentes técnicas, de tal modo que la intervención del psicólogo contribuya a la mejora del proceso de pérdida.

Esto es sin duda, una propuesta que puede interesarle a profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, tanatólogos, etc.

Por último se anexa los formatos de las pruebas aplicadas a los participantes.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global.

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre los adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo de la diabetes.

Este trabajo se lleva a cabo con la finalidad de identificar como es el proceso de duelo de que viven los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes del hospital general de Minatitlán, Veracruz, que sentimientos se hacen presentes en el momento de recibir la noticia miedo, ira, negación, culpa, dolor, vacío, etc.

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples y en su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata de forma adecuada ocasiona complicaciones de salud graves y en particular, una muerte prematura, que probablemente sea el panorama más evidente de los pacientes diabéticos.

En nuestro país se ha estimado que la esperanza de vida de los pacientes diabéticos se reduce entre 5 o 10 años, algo realmente alarmante.

En el presente trabajo se busca explicar el proceso de duelo en las personas que han perdido la salud, cuando son diagnosticados con una enfermedad crónica; en este caso particular, la diabetes; cómo reciben la noticia, si la forma en que lo hace el personal designado influirá en su reacción, y cuando escuchan el diagnóstico, cual es la primer idea que llega a su mente.

Y después, con el paso de los días cuáles son sus reacciones, que sienten, que actitudes toman para afrontar un diagnóstico tan radical.

Cómo viven esta nueva etapa, en la que poco a poco su salud se va deteriorando y pierden uno de los aspectos más importantes del ser humano.

Se busca comprobar si los pacientes presentan el mismo duelo, cuales son las características y discrepancias así como la manera en que confrontan el diagnóstico ante la pérdida de algo tan fundamental como es su salud, en especial, las actitudes que toman después de recibir tan importante diagnóstico y que marcará un punto de partida para continuar su vida.

Y finalmente explicar el proceso de duelo que viven las personas diagnosticadas con diabetes.

El enfoque que se utilizara en esta investigación será el cualitativo ya que la recolección de datos se hará a través de pruebas en las cuales no se efectuara medición numérica , por lo cual el análisis no es estadístico , se busca obtener opiniones y perspectivas de la población.

1.2 Objetivo General:

Analizar el proceso de duelo de 8 pacientes que han sido diagnosticados con diabetes de 39 – 84 años de edad del hospital general de Minatitlán.

1.3 Objetivos específicos:

- Identificar el proceso de duelo en 8 pacientes que han sido diagnosticados con una enfermedad.
- Explicar el proceso de duelo en personas que han perdido la salud.
- Comprobar si los 8 pacientes que han sido diagnosticados con diabetes atraviesan el mismo proceso de duelo en el hospital general de Minatitlán.

1.4 Preguntas de investigación:

¿Cuál es el proceso de duelo que presentan los 8 pacientes que han sido diagnosticados con diabetes?

¿Cómo es el proceso de duelo en pacientes que han perdido la salud?

¿Los 8 pacientes diagnosticados con diabetes del hospital general de Minatitlán atraviesan el mismo proceso de duelo?

1.5 HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo (HI)

*Los 8 pacientes de 39 – 84 años de edad del Hospital General de Minatitlán diagnosticados con diabetes presentan el mismo proceso de duelo.

Hipótesis Nula (HO)

Los 8 pacientes de 39 – 84 años de edad del Hospital General de Minatitlán diagnosticados con diabetes no presentan el mismo proceso de duelo.

1.6 VARIABLES

Variable independiente.

Los 8 pacientes diagnosticados con diabetes.

Variable dependiente.

El duelo.

1.7 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el número de personas que padecen diabetes ha ido incrementando y actualmente se ha convertido en una de las principales causas de muerte en México.

Estar diagnosticado con una enfermedad como la diabetes, la cual no tiene cura como tal, solo un control, puede ser una situación confusa y angustiante para quienes la padecen con todas las cosas nuevas que implica este proceso, en el que se ha perdido la salud y en las que hay mucho que aprender y comprender y sobre todo cuando hay que hacer un cambio radical para tener una mejor calidad de vida.

El sentido de pertenencia es una característica innata del ser humano, nos da una idea sobre un sentido de propiedad que tiene una persona sobre algo, pero cuando se refiere a la salud, la relación es aún más estrecha, sobre todo cuando se nace con ella; es por eso que se desea profundizar si las personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad antes mencionada viven un proceso de duelo y de qué forma lo atraviesan.

El interés por llevar a cabo este trabajo, es porque, las características principales que se presentan durante el proceso de duelo, que atraviesa una persona cuando ha perdido la salud al ser diagnosticado(a) con diabetes es una serie de manifestaciones conductuales, psicológicas, físicas e incluso espirituales que dependerán de persona a persona, del momento y de la forma de ser informados del diagnóstico de la enfermedad y sobre todo, cuando se trata de una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, es decir que la simple idea de la pérdida y muerte, provoca una reacción en cada uno de los pacientes, ya que cada día que pasa estamos aún más propensos a padecerla por nuestra forma de vida y la falta de cultura ante el cuidado de nuestra salud.

La vida y la muerte son procesos inherentes a la existencia humana, sin embargo, las personas no están preparadas para morir, aunque ésta, sea

algo innegable e inevitable, probablemente representa uno de los temores más grandes para el ser humano y ante el cual no puede hacer nada, puesto que es una realidad que tarde o temprano cada uno tendrá que pasar.

La muerte es lo único seguro que se tiene en la vida, por muy contrastante que parezca esta idea.

Entonces, cuando una persona es enterada de padecer diabetes; una enfermedad que se puede prevenir y que ha tenido en los últimos años tanta difusión en los medios masivos de comunicación y otros, para cuidar la salud, existe cierto sentimiento de responsabilidad y/o culpa ante tal realidad, ya que se pudo evitar.

Además, que son muchos los aspectos de nuestras vidas que se verían afectados en mayor o menor medida, esto sin dejar de mencionar a las personas de nuestro alrededor a quienes afectaría tal noticia y por lo tanto, a los pacientes mismos; quienes decidirán como vivir esta nueva etapa de su vida por la que atraviesan, para sobrellevar dicha enfermedad, con la que tendrán que vivir el resto de sus vidas, con todo lo que implica ser diabético.

Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar una serie de problemas graves de salud. Unos niveles permanentemente altos de glucemia pueden causar graves enfermedades, que afectarán al corazón y los vasos sanguíneos, los riñones, los nervios, pérdida de la vista, hasta perdida de algunas de sus extremidades, entre otras.

Además, las personas con diabetes también corren un mayor riesgo de desarrollar infecciones en las cuales de una u otra forma siguen perdiendo la salud gradualmente, ya que ésta, se va deteriorando con el paso de los días.

Por esto es de suma importancia conocer el proceso en el que sumergen los pacientes diabéticos, ya que viven una pérdida constante de su salud y se ha convertido en una problemática social que vale la pena prestar atención, y no puede pasar desapercibida.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Diabetes.

Actualmente la diabetes es una enfermedad que prevalece en nuestra sociedad, ya que representa una de las principales causas de muerte en nuestro país razón por la cual es importante prestar especial atención.

La diabetes es la enfermedad sistémica crónica degenerativa, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición en diversos aspectos ambientales y que es caracterizada por una hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina.

La diabetes se ha asociado a una multiplicidad de condiciones donde el proceso de envejecimiento, la genética, el medio ambiente y la cultura interaccionan de una manera compleja dando como resultado un incremento impresionante de la enfermedad particularmente en grupos sociales que han mudado rápidamente del estilo de vida tradicional al moderno. De manera especial se ha señalado que la obesidad, el sedentarismo y el estrés pueden favorecer la presentación de esta enfermedad.

Se ha discutido que la ocurrencia del padecimiento puede deberse a una susceptibilidad diferencial de las poblaciones, tanto desde el punto de vista genético, como por exposición a distintos factores ambientales. A la vez, es un padecimiento con una buena respuesta al tratamiento médico, que repercute en una mayor calidad de vida, lo que hace que aumente la prevalencia de la enfermedad de manera progresiva.

Es sabido que las poblaciones de origen rural tienden a cambiar sus estilos de vida al emigrar a las ciudades o bien al confrontar cambios culturales derivados del desarrollo económico y la movilidad social, esto pudiera conducir a una mayor exposición a factores de riesgo. El impacto de este proceso es mayor en grupos de escasos recursos, ya que estos no tienen las ventajas de otros grupos sociales que cuentan con mejores conocimientos sobre medidas de protección a la salud

2.1.1 AFECTACIONES

Pie diabético: Es común que el paciente diabético sufra de problemas circulatorios como infecciones en las manos, pies y piernas, puede presentar úlceras en la piel y la gangrena puede llegar a desarrollarse lo que puede provocar la amputación de alguna parte de las extremidades del paciente.

Retinopatía: Consiste en alteraciones oculares en la retina por ruptura de los vasos sanguíneos, la hemorragia repetida puede resultar en ceguera parcial o total.

La inflamación del globo ocular, esta también relacionada con la diabetes y las cataratas son comunes.

Afecciones renales las cuales producen cardiopatías, impotencia sexual masculina, neuropatías diabéticas que disminuyen la sensibilidad, además de la disminución de la fuerza muscular, entre otras tantas.

El diagnóstico de diabetes puede suponer una importante carga psicológica y emocional para las personas que la padecen y su entorno.

Los problemas psicológicos y sociales pueden influir en el correcto cuidado de la diabetes y en el entorno familiar.

Dentro del abordaje integral de la persona con diabetes se debe incluir una valoración preliminar del estado psicológico y social. Es más efectivo, introducir tratamiento y seguimiento psicológico en el plan de tratamiento inicial que esperar a la aparición de futuras complicaciones en este ámbito.

2.2 PÉRDIDA

Perder es una realidad inminente en cada día que vivimos y nos sucede a todas las personas, cada día nos enfrentamos a pérdidas, sean de la índole que sean, perdemos la mañana, perdemos un zapato, perdemos las llaves, perdemos la hora de la comida, perdemos el teléfono o una llamada, perdemos dinero, perdemos cabello, perdemos tiempo, perdemos un día de vida, por cada día que pasa, simplemente perdemos algo.

Perdemos a alguien que amamos, perdemos a nuestros padres, perdemos la salud misma con el transcurso de la vida.

Pero que es perder, según la real academia de la lengua española perder es dejar de tener algo que con anterioridad nos poseía, que era nuestro, por la razón que esta fuera.

Uno de los autores más importantes que han estudiado lo que es la pérdida ha sido Robert A. Neimeyer para él la pérdida es quedar privado de algo que se ha tenido (por ejemplo amistades), fracasar en el mantenimiento de una cosa que valoramos (por ejemplo, cuando nos roban), reducir alguna sustancia o proceso (por ejemplo, pérdida de habilidades físicas) o destruir o arruinar (por ejemplo, las pérdidas causadas por una guerra), (Neimeyer, 2002).

Para Neimeyer cualquiera que fuese la pérdida, lo que se pierda tendrá un valor particular para la persona y es aquí en donde radica la diferencia de la afectación o impacto de la pérdida, afectara en mayor o menor medida de acuerdo al valor que le otorguemos a alguna cosa, persona o situación.

Sin embargo, también se puede considerar que cuando acontece una pérdida, otro aspecto que puede influir en que la afectación sea mayor o menor es la forma en que se pierde.

Por ejemplo cuando se pierde a un ser querido por muerte, el impacto será diferente si este muere por una enfermedad terminal o si muere por un accidente.

Saber que está enfermo permitirá que la persona de una u otra forma se prepare para perder a la otra persona, al contrario de perder a alguien que quieres de forma inesperada. En ambos casos existirá dolor, pero será mayor en el último, puesto que no se esperaba que aconteciera la pérdida, el modo repentino hará el hecho más doloroso. Y de acuerdo a esto influirá la asimilación de la misma.

Con referencia a esto, Botella y Herrero, cómo colaboradores de Neimeyer en un artículo exponen la posibilidad y necesidad de analizar las pérdidas en niveles:

1. El objeto que se pierde
2. La pérdida de roles establecidos, vivencias, etc. (Botella, Herrero y Neimeyer, 2006)

Y se podría incluir a esto, el significado que tiene lo que se está perdiendo y la forma en que se pierde. Todos estos aspectos parecen muy significativos, y necesarios para analizar la pérdida en sí.

2.2.1 TIPOS DE PÉRDIDA

En cuanto a tipos de pérdidas se podría hacer una lista realmente extensa, a pesar de que cada autor puede postularlo de una manera u otra.

1. Pérdidas relacionales: Son aquellas pérdidas relacionadas con “el otro”, es decir, con las personas que nos rodean y que son un pilar en nuestras vidas. Incluye el fallecimiento de personas cercanas, el fin de relaciones, separaciones y divorcios, los abandonos, las privaciones afectivas y los abusos.
2. Pérdidas intrapersonales: Son todas las pérdidas que tienen que ver con nosotros mismos y con nuestro cuerpo, es decir, pérdidas de capacidades intelectuales y/o físicas.

3. Pérdidas materiales: Se dan cuando perdemos objetos o posesiones que nos pertenecen.

4. Pérdidas evolutivas: las fases de nuestro ciclo vital –infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, suponen una serie de cambios que conllevan diferentes pérdidas. (Tizón, 2004)

Encontramos, tal y cómo resume Nomen, los diferentes cambios evolutivos que suceden a las personas a lo largo de la vida, los cuales van a conllevar un proceso de duelo de forma inevitable, son cambios que normalmente sufrimos todos. A grandes rasgos éstos serían:

Infancia:

- Pérdida o separación de los padres.
- Pérdida del contacto con el medio familiar.
- Si hay un cambio de domicilio: pérdida de amigos (iguales).

Adolescencia:

- Separación de padres, hogar y escuela.
- Pérdida del cuerpo infantil (pubertad).

Juventud:

- Primera pareja.
- Nido vacío (salir de casa e inaugurar nueva familia).

Adultez:

- Posibles pérdidas de trabajo, de progenitores, etc.
- Emigración o cambios de residencia, etc.

Vejez:

- Jubilación.
- Pérdida de funciones físicas.
- Duelo por familiares o allegados.
- Pérdida del ambiente familiar.
- Enfermedades o incapacidades en la familia o propias.

2.3 DUELO

Tras una pérdida, continúa un proceso de asimilación de la misma, al que podríamos llamar proceso de duelo, para poder seguir la vida y sobrellevar la falta de lo que se perdió.

El duelo es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, el cual se buscará llegar a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que conlleva su ausencia.

Convencionalmente podríamos decir que un duelo se ha completado cuando somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor. Cuando hemos aprendido a vivir sin él, sin ella, sin eso que no está. Cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestra vida presente y en los vivos a nuestro alrededor.

Estas son algunas de las sensaciones corporales que presentan los que están de duelo. Es el llamado duelo del cuerpo:

- Náuseas.
- Palpitaciones.
- Opresión en la garganta.
- Dolor en la nuca.
- Nudo en el estómago.
- Dolor de cabeza.
- Pérdida de apetito.
- Insomnio.
- Fatiga.
- Sensación de falta de aire.
- Punzadas en el pecho.
- Pérdida de fuerza.
- Dolor de espalda.
- Temblores.
- Hipersensibilidad al ruido.
- Dificultad para tragar.
- Oleadas de calor.
- Visión borrosa.

Y algunas de las conductas más habituales después de una pérdida importante son:

- Llorar.
- Suspirar.
- Buscar y llamar al ser querido que no está.
- Querer estar solo, evitar a la gente.
- Dormir poco o en exceso.

- Distracciones, olvidos, falta de concentración.
- Soñar o tener pesadillas.
- Falta de interés por el sexo.
- No parar de hacer cosas o apatías.

2.3.1 ETAPAS DEL DUELO.

Elizabeth Kübler-Ross dice que frente a la noticia del diagnóstico firme de una enfermedad grave suceden muchas cosas, mismas, que tradujo en un modelo de cinco etapas: (10)

Negación: Se da cuando una persona se entera que sufre determinada enfermedad y su primer reacción es activar un mecanismo de defensa que nos hace no poder creerlo, no creer que puede ser posible, la persona se convence de que ha habido errores en los resultados de laboratorios o radiografías y que cambiando de médico puede obtener otra respuesta. La negación es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra vida en relación al tema de la muerte y hasta se hace necesaria para asumir algunos riesgos.

La negación permite una tregua entre la psique y la realidad, le otorga el tiempo al individuo para pensar su futuro de manera más distanciada, buscando la adaptación del evento que ha asaltado su realidad abruptamente. Es un verdadero intento de amortiguación del efecto de la noticia.

Ira: Es cuando acepta el estar enfermo, pero se rebela ante ella cuando el enfermo acepta por fin la realidad, se rebela contra ella y empieza a preguntarse ¿por qué yo?

Todo lo que ve le produce un agudo dolor, recordar su condición lo inunda de odio y rencor. Su autoestima está atropellada por no ser el elegido para permanecer

10. Kübler-Ross, Elizabeth (2006). Sobre la muerte y los moribundos. México.

con vida. Los enfermos en esta etapa necesitan expresar su rabia y hasta que no lo hacen no consiguen librarse de ella.

Negociación: Aparece una tentativa por negociar el tiempo, se intenta hacer un trato con la vida, con Dios, con el diablo...aunque la realidad le indique que para eso es demasiado tarde (el eterno fumador promete no fumar nunca más). Se trata de alguna manera de una conducta regresiva, pidiendo tiempo a cambio de buena conducta. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen conciencia de ello.

Depresión: Se presenta cuando se tiene la conciencia de que todos los pasos anteriores fracasan ante el desarrollo de la enfermedad aparece la anticipación catastrófica (muchas veces exagerada) de la decadencia física, de la imposibilidad de trabajar, de los problemas económicos y familiares sumada a la sensación de inutilidad y la fantasía de llegar a constituir una carga innecesaria, todo provoca un estado natural de tristeza. La pena es producto de lo ya perdido, pero también un proceso de preparación ante la propia posibilidad de muerte. En esta etapa, más aun que en otras, es imprescindible para el enfermo expresar la profundidad de su angustia en vez de esconder su dolor.

Aceptación: En esta etapa se requiere que la persona haya tenido el tiempo necesario para superar las fases anteriores. La persona ha trabajado con la muerte a través de la ansiedad y la cólera y ha resuelto sus asuntos incompletos. A esta etapa se llega muy débil, cansado y en cierto sentido anestesiado afectivamente.

En la etapa anterior se ha luchado para tomar primero y desprenderse después del mundo y de las personas, ahora prefiere estar solo, preparándose para su futuro en un proceso de evaluación y balance de su vida que casi siempre se realiza de modo privado, es más personal.

En los casos de enfermedades terminales, el paciente que acepta de alguna manera renuncia a lo anterior y puede empezar su despedida en paz y armonía. En esta etapa no hay ni felicidad, ni dolor, sólo paz.

El dolor en todo caso está en quienes se encuentran acompañando o viviendo alrededor del enfermo ya que también deben adaptarse a que éste sólo desee el silencio para terminar sus días en paz consigo mismo y con el mundo.

Si bien no hay evidencia que indique que todas las personas atraviesan estas etapas o que haya un movimiento secuencial de una etapa a otra, es indudable que como recorrido se parece mucho a las cosas que a la mayoría de los pacientes con diagnósticos graves les ha pasado o le está pasando. Este es un modelo flexible fluido que sirve para ayudar al paciente, su familia y sus seres queridos a comprender lo que está sucediendo y darle fortaleza al enfermo. En una enfermedad grave las etapas descritas por Kübler-Ross se corresponden con los momentos clásicos de la evolución clínica: prediagnóstico, diagnóstico, etapa aguda, cronicidad y resolución (recuperación o muerte) La antepenúltima etapa es con mucho la más importante en este tiempo, tanto por el acortamiento de las anteriores como por la prolongación de la enfermedad misma.

2.3.2 DUELO POR ENFERMEDAD

Generalmente, el duelo se refiere a un estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido. Sin embargo, los procesos de duelo también pueden aplicarse a aquellas situaciones que impliquen cualquier tipo de pérdida, como por ejemplo; el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante, entre otras.

Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones emocionales como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa. La vivencia de esos cambios físicos, psíquicos y emocionales que experimentan las personas, generalmente también repercuten en las demás áreas de sus vidas (social, laboral, familiar, etc.).

El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. En el caso de las personas diagnosticadas con una patología en el proceso del diagnóstico y/o en el momento de ser diagnosticadas,

la noticia de su enfermedad podría experimentarse como un sentimiento de pérdida de algo interno, de una parte de sí mismo/a, situación que genera un alto nivel de incertidumbre y angustia.

Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, negación de la pérdida, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, o de lo que se haya perdido, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas.

La elaboración del duelo comprende una serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad. Es un proceso psicológico complejo para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la pérdida. Este proceso comprende distintas fases desde que el individuo se entera de la enfermedad que padece hasta que la acepta o llega a su fin.

Las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica comparten algunos aspectos con quienes han sido diagnosticados por una enfermedad de baja prevalencia. La diferencia radica en que estos últimos, pueden experimentar un estrés añadido frente a la no superación de la misma. Así mismo, la elaboración del duelo se ve agravado por la complejidad de la enfermedad y su evolución.

Estas son algunas de las características que hacen que las enfermedades de baja prevalencia desencadenen estrés:

- Tendencia a la cronicidad y a la discapacidad, la mayoría de las veces con un alto costo familiar, social y sanitario. Implican una importante carga de enfermedad o limitan la calidad de vida en las personas afectadas y en las de su entorno.

- Inexistencia de tratamientos o baja accesibilidad a los mismos.

- Carecen de un abordaje específico, ya que al contrario que las enfermedades crónicas prevalentes, las patologías de baja prevalencia no gozan de actuaciones de salud programadas, a efectos de gestión, provisión y coordinación de servicios.

-Dificultad para conocer la distribución de los pacientes y los recursos sanitarios existentes (centros de referencia, equipos profesionales e investigadores).

-Escasa o insuficiente información de utilidad para las personas afectadas y para los profesionales responsables de su atención.

-Su baja frecuencia, la dispersión geográfica de los pacientes y la falta de registros, entre otros aspectos, dificulta la investigación sobre nuevos tratamientos y sobre la etiología de estas enfermedades.

Algunas enfermedades pueden manifestarse a cualquier edad y presentan una amplia diversidad de alteraciones y síntomas que varían no sólo de una enfermedad a otra, sino también de un paciente a otro en función del grado de afectación y de su evolución. Estos factores y otros aspectos como la personalidad, la historia personal, las redes de apoyo, etc. influyen en el proceso de duelo de cada individuo.

Como sucede en cualquier proceso de cambio vital o pérdida, el psiquismo de todos tenderá a adaptarse a la nueva situación para poder afrontarla y mejorar así su calidad de vida.

Según como se interprete, el duelo por cualquier tipo de pérdida podría ser visto como un “regalo”: puede ser una experiencia devastadora pero puede también conducir en último término a un enriquecimiento psicológico, a un crecimiento.

Evidentemente, depende mucho de cada enfermedad, de la calidad de vida que subyace de ella, y de la vida llevada con anterioridad al padecimiento, pues influye de forma directa en lo invalidante o no que sea para el paciente.

2.3.3 DUELO NORMAL

Sintomatología

Los síntomas que presentan las personas en un proceso de duelo son muchos y muy variados. A continuación se detallan los que Worden contempló, pero hay que tener en cuenta que al igual que el proceso de duelo resulta único e irrepetible para cada doliente y para cada pérdida, los síntomas aparecen dependiendo de muchos factores como el tipo de pérdida, la personalidad del doliente, sus estrategias de afrontamiento, entre otros. Además de que no se van a dar todas, y pueden variar en temporalidad, intensidad, etc.

Sintomatología característica del duelo normal (Worden, 1997).

Síntomas cognitivos:

- Incredulidad (“no ha ocurrido”, “debe ser un error”).
- Confusión (dificultades para concentrarse y olvidos).
- Preocupación (obsesiones sobre lo perdido y cómo recuperarlo).
- Sentido de presencia.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- No hay pérdida de la autoestima.

Síntomas conductuales:

- Trastornos del sueño (dificultades para dormir y despertar temprano).
- Trastornos de la alimentación (pérdida y/o aumento del apetito).
- Conducta distraída.
- Aislamiento social.
- Soñar con lo perdido.
- Evitar recordatorios del fallecido.
- Buscar y llamar en voz alta (conductas de búsqueda).
- Suspirar.
- Hiperactividad sosegada.

- Atesorar objetos que pertenecían a la persona perdida.
- Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan la pérdida.
- Llorar.

Síntomas emocionales:

- Tristeza (con lágrimas o sin ellas).
- Enfado (por no haber podido hacer nada, por habernos dejado, experiencia regresiva-, con uno mismo o con otros).
- Culpa o autorreproche (algo que ocurrió o que se pasó por alto).
- Ansiedad (“no podré sobrevivir”).
- Soledad (emocional y social)
- Fatiga (apatía o indiferencia, “por la mañana soy incapaz de salir de la cama”).
- Impotencia.
- Shock.
- Emancipación.
- Alivio (en largas o dolorosas enfermedades, o cuando se ha mantenido una relación ambigua, difícil y prolongada)
- Insensibilidad.

Síntomas orgánicos:

- Vacío en el estómago.
- Opresión en el pecho y garganta.
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización.
- Falta de aire.
- Debilidad muscular.
- Falta de energía.
- Sequedad de boca.

2.3.4 DUELO PATOLÓGICO

Cuando voluntaria o involuntariamente se interrumpe el proceso de duelo normal, la herida nunca llega a cicatrizar.

El duelo patológico se deberá a alguna de estas cuatro cosas:

- El proceso de duelo nunca empieza
- Se detiene morbosamente en alguna de las etapas
- Progresa hasta alguna de ellas y rebota infinitamente hacia alguna interior
- Se atasca intentando evitar una etapa.

Lo que determina diferentes tipos de duelos enfermizos. Algunos de ellos son:

El duelo ausente: Si el que debe vivir el proceso se defiende tanto o sufre un shock tan grande que no puede salir de la primera etapa.

El duelo conflictivo: Cuando el proceso está sirviendo para otra cosa, por ejemplo para no responsabilizarse de la vida que le queda por vivir.

El duelo retrasado: Casi siempre ligado a un conflicto interno emocional. Por ejemplo cuando los sentimientos que tiene frente a esta muerte son tan ambivalentes que no sabe si alegrarse o entristecerse.

El duelo desmedido: Cuando la expresión emocional se desborda, a veces excediendo los límites de la integridad propia o de terceros.

El duelo crónico: Cuando el proceso se recicla infinitamente sin terminar nunca.

Algunos duelos patológicos resultan de la combinación o alternancia de alguno de ellos.

Es necesario dejar establecido que lo enfermizo no aparece por el duelo sino con el duelo y es siempre la expresión de una patología previa, es decir hay algo que está complicado desde antes y que sale a la luz con el proceso de duelo. Todas

las reacciones de mala adaptación al duelo requieren una terapia compleja cuando coexisten con trastornos psiquiátricos importantes.

Los trastornos más comunes asociados a complicaciones en el proceso de duelo son:

- Depresión grave
- Abuso de drogas y alcohol
- Trastornos psicosociales de integración.* anormal relación con la pérdida
- Ideas recurrentes de la propia muerte
- Duración anormal de los síntomas
- Ausencia de pena.

2.4 DEPRESIÓN

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes (Linares, 2000). (11)

Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Así mismo se pueden observar otras alteraciones, como puede ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo.

11. Linares J. Campo C. (2000) Tras la honorable fachada los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Barcelona España: ed. Paidós.

También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona, que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones.

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (Decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades :CIE-10).

Este es el origen de la depresión que es de interés para esta investigación ya que se sabe que la depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que entre el 20 y 25% de los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV).

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por sí misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes mellitus, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica, hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse (Gagliardino, 1997). (4)

Respecto a la relación entre diabetes y depresión y cómo afecta a la vida cotidiana se puede mencionar lo siguiente:

- El manejo de la diabetes puede resultar estresante y conducir a síntomas de depresión.
- La diabetes puede causar complicaciones y problemas de salud que pueden empeorar los síntomas de depresión.
- La depresión puede conducir a un estilo de vida inadecuado, como comer inapropiadamente, falta de ejercicio, fumar o ganar peso que se consideran factores de riesgo de diabetes.
- La depresión afecta la capacidad para llevar a cabo tareas o rutinas, comunicarse o pensar claramente. Todo ello puede interferir en la capacidad para manejar adecuadamente la diabetes.

4. Gagliardino J, (1997) Cómo tratar mi diabetes dedicado a personas con diabetes no insulino dependientes. La Plata Argentina: Ed. Boehringer Mannheim GMBH.

2.5 MUERTE

Morir no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando darle un significado. La representación de la muerte y del más allá tiende siempre a relacionarse con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella. Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social, representado por el sistema jurídico, se aborda por ello brevemente la muerte desde esta perspectiva.

No se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.

La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas; pudiendo ser, no la muerte, sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira terror.

La fatalidad de la muerte se hace más evidente si se concibe como una característica intrínseca al propio ser vivo desde su origen. En opinión de Metchnikoff (6), la angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente alcanza el fin normal de su existencia, tras “el cumplimiento de un ciclo completo y fisiológico de la vida con una vejez normal, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural”.

Por otra parte Erick Erikson (17) plantea un esquema vital en el que sólo puede existir una resolución positiva si se han resuelto satisfactoriamente los conflictos propios de las fases precedentes del desarrollo adulto; plantea un esquema vital en el cual la resolución positiva del tener que enfrentarse a una muerte inevitable incluye un sentimiento de plenitud, paz e integridad en lugar de sentimientos de fracasos horror y desesperación.

6. Klarsfeld, A; Revah, F. (2002). Biología de la muerte. España: Computense, 2002, p. 236.

17. Núñez Aceves, N. (1999) “¿Quién soy yo? Una cuestión de identidad. [En línea] Rompan filas, año 8 numero 43 <http://www.unam.mx/rompan/43/rf43a.html> [consulta 12 junio 2006]

Sin embargo, definir la muerte resulta mucho más difícil de lo que se puede imaginar, ya que implica diversos ámbitos: biológico, médico, legal, social, religioso etc. los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja, no obstante cada cual intenta darle un sentido.

La muerte biológica

En su libro *Biología de la muerte*, Klarsfeld y Revah (5), en un intento por describir el lugar que ocupa la muerte en las ciencias de la vida, hacen un repaso de algunas de las ideas científicas con respecto a la muerte, resumidas a continuación:

El significado de la muerte

Carl von Linneo. (1707-1778).

Plantea que la sabiduría divina ha impuesto un orden natural el cual descansa sobre cuatro fenómenos relacionados: propagación, distribución geográfica, destrucción y conservación. Todas las calamidades han sido instauradas por Dios por el bien supremo de los seres vivos en su conjunto, ya que hay que equilibrar nacimientos y muertes. La muerte mantiene la justa proporción de las especies.

Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829).

Con un planteamiento opuesto a Linneo, considera que un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominamos vida y que está sujeto necesariamente a perderla, o sea, a sufrir la muerte, que es el fin de su existencia. Sitúa la muerte directamente en el interior del ser vivo.

5. Klarsfeld, A, Revah, F. *Biología de la muerte*. España: Computense, 2002, pp. 17-36.

Claude Bernard (1813-1878).

Los organismos viven a la vez de su entorno y contra él; y éste es para ellos al mismo tiempo oportunidad y amenaza. La existencia no es más que una perpetua alternancia de vida y muerte, de composición y descomposición. No hay vida sin muerte, ni muerte sin vida.

August Weismann (1834-1914).

Hace una distinción entre causas externas e internas de muerte, señalando que con la edad ciertos cambios en los tejidos minan su funcionamiento y acaban por conducir directamente a lo que llamamos una muerte normal, o bien conducen indirectamente a la muerte, al hacerlo incapaz de resistir ante influencias perjudiciales externas de poca importancia.

De lo que estos autores plantean emergen dos posturas: por un lado la muerte que se asume como una fatalidad arbitraria, impuesta contra nuestra voluntad; por otro la reflexión científica que plantea una utilidad o función oculta de la muerte, muchas veces expresada en términos de ventaja selectiva basada en mecanismos de evolución.

Aquí sólo se mencionan algunos, pero han sido muchos los científicos, biólogos o no, que han tratado de explicar la muerte, sin embargo, al margen de las preguntas que aún continúan sin respuesta es importante abordar el cómo se ha vivido esta experiencia a lo largo de la historia, pues si bien es cierto que el entendimiento del proceso ha fascinado a muchos, llegado el momento sólo somos espectadores, pues la muerte es una experiencia intransferible, sin embargo marcada por la cultura.

La sociedad ante la muerte

Mientras que en algunos animales existen comportamientos innatos para morir, en el hombre sus actitudes y comportamientos ante la muerte son aprendidos culturalmente; dichas costumbres han variado de un tiempo a otro, a veces la muerte es vista como un hecho natural e inevitable, otras como un enemigo al que

hay que conquistar. La cultura moldea nuestras experiencias de pérdida y los rituales que la rodean.

En las sepulturas encontradas en Europa pertenecientes al hombre de Neandertal se hallaron utensilios, de ahí se supone su creencia en una supervivencia en la cual necesitaban alimentos y utensilios habituales, la actitud del hombre de esta época hacia sus muertos debió ser una mezcla de respeto y temor.

Con el paso del tiempo, la muerte se convirtió en una experiencia meditativa de introspección. La vida debía ser la preparación para la eternidad. La muerte continúa considerándose como una intervención deliberada y personal de Dios, y siguió así durante la Edad Media; dramatizada en el momento de la agonía, donde se alude a una lucha encontrada entre ángeles y demonios que se disputan el alma del que va a morir. Por eso era importante morir de “buena muerte”, para acceder a la esperanza de ganar el reino de los cielos⁶.

Durante el Romanticismo, época en la se exaltaban por igual pasiones violentas y emociones desbordadas, se tuvo una visión dramática de la muerte; aparecieron escenas de dolor frente a la muerte del otro, del ser amado. La muerte deja de estar asociada al mal, declina, aunque no desaparece la conexión entre ésta y el pecado.

Para el siglo XIX es “el otro mundo” el lugar de reunión entre aquellos que han sido separados por la muerte, la cual se comienza a dilucidar como algo demasiado horrendo como para tenerlo de manera constante en mente, comienza a ser un tema tabú. Sin embargo, se describe que a finales de este mismo siglo lo más común era que la gente muriese en el hogar donde habían habitado, dándose cuenta así de la proximidad de su muerte y teniendo con ello la oportunidad de terminar los asuntos emocionales de su vida en su ambiente familiar; permitiendo también a los miembros de la familia y amigos decir adiós al ser querido, contemplado a la muerte como algo natural.

Actualmente, la muerte se vive socialmente como un tabú, no se les permiten hablar de ella incluso a aquellos que saben que están cerca morir; tal es el caso

de los enfermos terminales quienes acuden a los hospitales en un afán de luchar hasta lo último contra ella, sin importar lo adverso de las circunstancias.

Aspectos legales de la muerte

La ley es un sistema social creado por el hombre en un intento por regular racionalmente a la sociedad; todos los aspectos de la vida o de la muerte están afectados por la reglamentación legal.

En México de acuerdo con La ley General de Salud título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d. El paro cardiaco irreversible.

La muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser hecho jurídico cuando, a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones, y responsabilidades para las personas.

Como parte de la preparación para la muerte se encuentra la elaboración de un testamento, que jurídicamente se define como un acto, mediante el cual una persona dispone de sus bienes y derechos para después de su muerte. Es un instrumento legal que expresa la voluntad del legítimo propietario, para que una o varias persona determinadas adquieran el derechos de su propiedad después de su fallecimiento; es decir, es un documento legal que expresa la voluntad del propietario o (testador), para legar o destinar su patrimonio a una persona determinada como legítimo heredero de su bien.

La principal razón para hacer un testamento es hacer frente a la realidad de la vida y de la muerte; es un método útil y práctico para manejar el proyecto de la muerte. Dando a las personas una sensación de control en un proceso inevitable e irreversible. Abre la posibilidad a la discusión sobre las decisiones al final de la vida, de vivir la muerte como algo propio.

2.6 MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL DUELO

2.6.1 EL MODELO PSICOANALÍTICO DE SIGMUNG FREUD

En 1917 Freud compara la naturaleza del duelo con la melancolía. En su obra *Duelo y Melancolía* define al duelo como la reacción que se tiene frente a la pérdida de una persona amada o la abstracción de algo que ocupe ese sitio, como la libertad, la patria, etc. No lo consideró como un estado patológico y afirmó que se podría superar pasado cierto tiempo, señalando también que sería inoportuno y dañino perturbar dicho proceso.

Para Freud, el duelo normal vence sin duda la pérdida del objeto, la realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más, y el Yo se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata así su lazo con el objeto perdido. Por otro lado, Freud no sistematizó al duelo patológico, pero se podría entender, que lo asemejó a la melancolía, pero con la diferencia de que en el duelo patológico la pérdida sí resulta conocida.

Freud (1917) describió:

La melancolía, cuya definición conceptual es fluctuante aún en la Psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada; y de ellas algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas. El duelo en cambio es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera. A raíz de

idénticas influencias en muchas personas se observa, en lugar de duelo melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza. (p.238).

El duelo trae consigo graves perturbaciones en la conducta humana, muestra los mismos rasgos que la melancolía, a excepción de que en éste falta la perturbación del sentimiento de sí. En cambio, “la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Cuando se presenta el duelo, el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto”(3) (Freud, S. 1917, p. 242).

Para el psicoanalista los recuerdos y las expectativas libidinales que el sujeto liga al objeto perdido quedan cancelados con el tiempo y se desplazan a otro objeto.

Y el trabajo de duelo es doloroso, afirmando que una vez cumplido el trabajo de duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido mientras que en la melancolía la libido permanece en el yo donde se produce la identificación ambivalente con el objeto perdido. El odio que se le tiene a lo perdido ataca a la parte del yo que se encuentra identificada con éste, y es a través de la humillación que se encuentra una satisfacción sádica.

Cabe nombrar los tres niveles de elaboración del duelo: sobreinvestidura, desinvestidura y traslado del afecto al conjunto del yo; es decir, la identificación.

Desde la lectura Freudiana, el dolor es la causa de la desvinculación, de la separación y de la disolución de lazos.

3. Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Madrid: Paidós.

El dolor se engendra en el desplazamiento de las investiduras que abandonan la representación de objeto para irradiarse en el yo en tanto investiduras narcisistas. Se observa claramente que la sobreinvestidura afectiva de una representación significa mayor apego interno al objeto que ya no existe en el exterior.

El dolor de duelo no es dolor de separación, sino dolor de lazo. Afirma que lo que duele no es separarse sino aferrarse más intensamente que nunca al objeto perdido. La causa del dolor se explica porque la intensidad del desprendimiento es tan fuerte como la intensidad de la investidura.

Freud planteó diferencias entre duelo normal, patológico y la melancolía. En el duelo la pérdida es consciente, mientras que en el duelo patológico es solamente inconsciente y en la melancolía se puede saber a quién se perdió pero no lo que se perdió con la persona. “El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía eso le acontece al yo mismo” (Freud, S. 1917, p.243). En el duelo normal el retiro de la libido se desplaza con el tiempo a otro objeto, mientras que en el duelo patológico, la libido que se ha desprendido del objeto perdido se disemina en el conjunto del yo, y se coagula bajo la forma de una identificación fundida con la imagen del objeto perdido (Nasio, 1996). (13).

Existe una diferencia clínica en estos tres eventos que consiste en que los autorreproches del melancólico no se presentan siempre en el duelo normal, y las quejas del melancólico no se dirigen al objeto perdido sino a sí mismo. Los melancólicos no se avergüenzan ni se ocultan, todo eso denigrante que dicen de su yo, en el fondo lo dicen de otro. Son mártires en grado extremo, se muestran siempre ultrajados y como si hubieran sido objeto de una gran injusticia.

3. Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Madrid: Paidós.

13. Nasio, J. (1996). El libro del dolor y del amor. Barcelona: Gedisa.

2.6.2 EL PROCESO DE DUELO EN EL MODELO PSICOANALÍTICO DE MELANIE KLEIN.

Para esta psicoanalista, una parte importante del trabajo de duelo es el juicio de realidad tal como lo apunta Freud (1917). Para ella existe una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Cree que el niño pasa por estados mentales que pueden ser comparados al duelo que realiza un adulto, y son estos tempranos duelos que se reviven posteriormente cuando se enfrenta a algo dificultoso.

Una de las principales aportaciones de esta autora radica en su insistencia de que cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, con respecto a nuestra madre o sustituto más permanente. Es esa reviviscencia de la ambivalencia la que hace el duelo más penoso y duradero, pero también lo que le confiere mayores capacidades creativas, ya que elaborar un duelo importante implica al tiempo elaborar también, al menos, algo más, los duelos primigenios, nuestras formas de separarnos de nuestros objetos primordiales (Klein, 1940).(8)

Esta psicoanalista se apoyó en contribución a la psicogénesis de los estados maniacodepresivos (Klein, 1935), para realizar una clara relación entre la posición depresiva y el duelo normal.

Siempre que se experimenta la pérdida de la persona amada, esta experiencia conduce a la sensación de estar destruido. Se reactiva entonces la posición depresiva temprana y junto con sus ansiedades, culpa y sentimientos de pérdida y dolor derivados de la situación frente a lo perdido. (7).

7. Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En Obras Completas. (Tomo I). Buenos Aires: Paidós.

8. Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En Obras Completas. (Tomo II). Buenos Aires: Paidós.

Entre todas estas emociones, se reavivan en las capas mentales más profundas los temores a ser robado y castigado por los padres temidos; es decir, todos los temores de persecución. Los procesos de duelo suponen emociones, sentimientos y sufrimientos intensos y duraderos: odio, culpa, amor, ira, temor, etc. Para Klein, los temores persecutorios provocados por el duelo, proporcionan la base psicógena para las imágenes culturales de las brujas o hechiceros, los cuales están basados en la reactivación de fantasías primitivas infantiles en cada duelo: fantasías oral-sádicas y anal sádicas (Klein, 1940).

Al igual que Freud, Klein cree en que en el sujeto en duelo, la pérdida de la persona amada lo conduce hacia un impulso de reinstalar en el yo este objeto amado perdido; pero agrega que el yo no solamente acepta dentro de sí a la persona que ha perdido (la reincorpora), sino que también reinstala sus objetos buenos internalizados, que se hicieron parte de su mundo interno desde las fases tempranas del desarrollo en adelante. El dolor experimentado en el lento proceso del juicio de la realidad durante la labor del duelo, parece deberse en parte no sólo a la necesidad de renovarse los vínculos con el mundo externo y así continuamente reexperimentar la pérdida sino, al mismo tiempo, a la de reconstruir ansiosamente el mundo interno que se siente en peligro.

Klein (1940) menciona que durante el duelo normal se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas. El sujeto en duelo es realmente un enfermo; como este estado es común y parece normal, no llamamos enfermedad al duelo.

El sujeto en duelo atraviesa por un estado maniaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en el desarrollo temprano.

La posición depresiva, y la elaboración del duelo presuponen que el sujeto pueda llegar a una percepción del objeto total. El peligro mayor para el sujeto en duelo es la vuelta hacia sí mismo del odio hacia la persona amada y perdida. Una de las

formas en que se experimenta el odio está determinada por los sentimientos de triunfo sobre la persona muerta (o la pérdida de cualquier tipo).

La muerte del otro es sentida entonces como victoria que origina triunfo y aumenta la culpa. Sólo gradualmente, menciona Klein (1940), obteniendo confianza en los objetos externos y en múltiples valores, es capaz el sujeto en duelo de fortalecer su confianza en la persona amada perdida. Sólo así puede aceptar que el objeto no sea perfecto y no perder la confianza en él sin temer la venganza. Es cuando se logra esto que se ha dado un paso importante en la labor de duelo y se le ha vencido.

Así, mientras que el dolor se experimenta con toda intensidad y la desesperación alcanza punto culminante, surge el amor por el objeto, y el sujeto en duelo siente más poderosamente que la vida interna y externa seguirán existiendo a pesar de todo y que el objeto amado perdido puede ser conservado internamente.

En el adulto, el dolor sobreviene con la pérdida real de una persona real. Sin embargo, lo que ayuda a vencer esta pérdida abrumadora es haber establecido en sus primeros años una buena imagen dentro de sí.

Los procesos del duelo adulto también reactivan la posición depresiva, vivida en la infancia y tienden a hundir en la depresión al deudo, cuyo mundo interno parece que se va a colapsar. Por un lado, dependerá la reconstrucción del mundo interno de la introyección del objeto amado en el yo, y por otro lado el temor a perder todo lo bueno actuará como un reforzador para tal proceso. En el duelo normal, la persona reintroyecta y reinstala tanto a la persona real perdida, como a sus padres amados que sintió como objetos internos buenos. En su fantasía, este mundo interno que construyó desde los primeros días de vida en adelante, fue destruido cuando se produjo la pérdida actual. La reconstrucción del mundo interno da la pauta de éxito de la labor de duelo. Tal situación va estrechamente vinculada a

una menor utilización de los mecanismos de defensa psicóticos y esquizoides, propios de la posición esquizo-paranoide.

La gran diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico y los estados maniaco-depresivos, está en que los sujetos no han sido capaces en la temprana infancia de establecer objetos internos buenos, y de sentir seguridad en su mundo interno.

Cuando el sujeto logra reinstalar dentro de sí los padres buenos y a las personas recientemente perdidas y reconstruye el mundo interno que estuvo en peligro, puede vencer la pena y ganar seguridad y paz, y es cuando se establece que ha elaborado su duelo. El que cada proceso de duelo pueda tener un fin en la mente, no significa que el proceso de la pena y la aflicción terminen pronto, más bien, poseen efectos duraderos, tanto positivos como negativos, para la capacidad de reparar, es decir, para la creatividad.

2.6.3 EL DUELO Y LA TEORÍA DE APEGO DE JOHN BOWLBY.

Bowlby 1963:

Las reacciones de duelo que se observan a menudo en la lactancia y en la temprana infancia muestran muchos de los rasgos que constituyen el sello característico del duelo patológico en el adulto. (p.504).

-
1. Bowlby, J. (1963). Duelo patológico y el duelo infancia. Revista de la American Asociación Psicoanalítica , 11 , 500-541

Teorizó que los niños pequeños forman temprano en su vida un lazo con la figura materna, cuya ruptura lleva a la ansiedad de separación. Los mecanismos para afrontar esta separación serían sustancialmente los mismos que son observados cuando un niño mayor o un adulto pierden a una figura amada.

Bowlby (1963) definió el duelo:

Una serie bastante amplia de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera sea su resultado. (p.509)

Entonces, a raíz de estudios sobre múltiples fuentes y en particular amplias revisiones de observaciones y estudios sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, viudos y voluntarios, postuló el esquema de la “tríada de la pérdida afectiva”: a) aflicción y protesta; b) desesperanza y c) desapego o depresión. Es la base de su modelo de las cuatro fases del duelo:

Embotamiento

En esta etapa puede haber momentos de tristeza o ira muy intensos. La persona en duelo puede llegar a sentirse agobiado, tenso y temeroso e incluso incapaz de aceptar la realidad. Aproximadamente, este periodo del proceso del duelo, sólo tiene una duración de unos cuantos días o incluso un par de horas

Anhelo y búsqueda de la figura perdida

En esta etapa la persona en duelo regresa a buscar a la persona perdida y guarda la esperanza de que todo regresará a la a ser como antes, pero pronto se da cuenta de que su búsqueda es inútil. Es aquí cuando llegan los momentos de

anhelo y llanto. La persona en duelo sufre de ansiedad, insomnio y pensamientos obsesivos sobre el ser querido.

Fase de desorganización y desesperanza

La persona en duelo comienza a realizar un profundo análisis de cómo y por qué se produjo la pérdida. El doliente puede atormentarse pensando en que si hubiese hecho una u otra cosa, quizá no habría fallecido su ser querido. Esto desencadena sentimientos de culpa.

Fase de Reorganización

Finalmente, la persona llega a aceptar que la pérdida es permanente y poco a poco, comprendiendo que ha cambiado, retomará su vida. Es en esta fase cuando aparecen las intenciones de reponerse y afrontar su nueva realidad.

Los momentos de duelo en la infancia se manifiestan de una u otra forma en los duelos de carácter normal de cualquier periodo en la vida o de transición psicosocial; concluyó que una sensación permanente de la presencia de la persona muerta no es patológica sino que forma parte del proceso de duelo normal. También definió dos modalidades de duelo patológico: el duelo crónico y su opuesto, una ausencia permanente de pena (Bowlby, 1988).

Así, se dio lugar a uno de los programas más productivos de investigación en la psicología actual: la teoría del apego o vinculación. Esta teoría tiene que ver con el establecimiento de los vínculos (afectivos o de apego) al principio entre el niño y sus padres y más tarde, entre los adultos. Siendo este vínculo la principal fuente de seguridad, primero en el infante y posteriormente en el adulto.

En la opinión de Bowlby (1963):

Este paradigma permite una manera nueva y esclarecedora de conceptualizar la propensión de los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos con otras personas y explicar las múltiples formas de padecimiento emocional y de trastornos de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la cólera, la depresión y el desapego emocional, a que da origen la separación y las pérdidas sufridas.(1).

2.6.4 EL DUELO Y TIZÓN.

Para este investigador el duelo es un término que en nuestra cultura se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que ocurren tras una pérdida con la que él la persona en duelo estaba psicosocialmente vinculado.

Entenderá como los procesos del duelo, al conjunto de emociones y representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor: de ahí el término de procesos de duelo para hacer hincapié de que se trata de un conjunto complejo no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos de relaciones. Así pues, se comprenderá por duelo, al conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos que no son solamente psicológicos (los procesos de duelo), sino psicosociales, sociales, antropológicos e incluso económicos.

Y por último, se concebirá la elaboración del duelo como la serie de procesos psicológicos, es decir, el trabajo psicológico que comienza con el impacto afectivo de la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto.

Esto supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia a lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno; es decir, de las cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales.

Tizón (2004):

“Ya que toda la vida humana o incluso cualquier avance o desarrollo en cualquier campo se halla jalonado siempre de pérdidas, se comprenderá la importancia crucial que los procesos de duelo tendrán para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo” (p. 23). (18).

Todas las pérdidas y frustraciones, si son acompañadas de sus representaciones mentales, si son percibidas a nivel consciente o inconsciente como tales, despiertan toda una serie de emociones y sentimientos, los cuales pueden ir desde el recuerdo bueno que proporcionó hasta el resentimiento por el daño que causó o dejó de darnos o hacernos. A esta situación mental, más o menos duradera se la llama: Situación de duelo o proceso (emocional) del duelo (Tizón, 2004).

Finalmente para este autor, aquellas personas que lograrán la tolerancia a la frustración y a la ambivalencia tendrán la capacidad de vivir durante un tiempo con la duda, la incertidumbre, el pesar, la culpa, sin necesidad de llegar a la actuación. Podrán captar la realidad tanto interna como externa de manera más global. Esto se dará debido a la posibilidad de que incluyeron en su visión de la realidad una cierta capacidad de introspección o insight. Pero este proceso tan doloroso tendrá mayor éxito con la ayuda de un buen sistema de contención centrado en la comunidad y alejado de ser posible de la terapia de la vida cotidiana.

18. Tizón, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Paidós.

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

La investigación que se llevó a cabo en el presente trabajo fue con la finalidad de analizar el proceso de duelo de 8 pacientes que han sido diagnosticados con diabetes de 39 - 84 años del Hospital General de Minatitlán, Ver.

POBLACIÓN

La población con que se trabajó son 8 sujetos que han sido diagnosticados con diabetes, mismos que son pacientes del Hospital General de Minatitlán, Ver. La cual es una institución de salud pública; que brindan servicios a personas de Minatitlán y zonas aledañas.

MUESTRA

La muestra que tomo en cuenta para llevar a cabo la investigación corresponde a 8 pacientes diabéticos cuya edad oscila entre los 39 y 84 años, entre los cuales hay 4 hombres y 4 mujeres.

Los pacientes fueron elegidos en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Haber sido diagnosticado con diabetes.
- Sexo indistinto.
- Pacientes que reciban atención medica en el Hospital General de Minatitlán.
- Tener una edad entre los 39 – 84 años.

METODOS DE INVESTIGACION

En esta investigación se utilizó un enfoque cualitativo con un alcance exploratorio y descriptivo ya que se busca examinar el proceso de duelo de los pacientes diabéticos y describir las características principales de dicho proceso.

Con un diseño no experimental ya que no se buscó manipular ninguna variable, es de tipo transeccional o transversal puesto que se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único.

Otro método utilizado fue el observacional para recolectar los datos en su contexto natural ya que es una estrategia fundamental del método científico misma que nos permitió recoger datos que aportaron la información necesaria para contribuir a esta investigación.

TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas que fueron utilizadas en este trabajo son las siguientes:

OBSERVACION:

La observación es una técnica a partir de la cual se obtienen datos perceptibles de la unidad de análisis: características de los sujetos, tales como su forma de comportamientos verbales y no verbales en situaciones diversas; de las interacciones entre sujetos, sean estas gestuales o verbales; de los contextos, con referencia por ejemplo a las cualidades ambientales.

Se observó a los pacientes diabéticos, esta técnica nos permite conocer detalles que van desde su vestimenta, caminar, hasta su modo de hablar y de relacionarse con otros y de este modo se analiza si son congruentes con sus respuestas en la entrevista aplicada posteriormente.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Las entrevistas semiestructuradas o mixtas se refieren al uso combinado de estrategias estructuradas y no estructuradas. En la práctica, los entrevistadores formulan preguntas estructuradas y no estructuradas. Las estructuradas permiten obtener una base informativa que posibilita la comparación entre distintos sujetos.

Se manejó una entrevista semiestructura que consta de 30 cuestionamientos con la finalidad de que los pacientes diabéticos expresaran sus sentimientos hacia el diagnóstico de su enfermedad, como les ha afectado, cómo se sentían antes y después del diagnóstico, su perspectiva hacia la muerte e indagar sobre cambios significativos en los diferentes aspectos de su vida.

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE (PAM-R).

Se utilizara el perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) que es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes desarrollado por Gresser y otros (1987 – 1988) el cual tiene una fiabilidad que va de buena a muy buena, es una escala tipo Likert que consta de 32 ítems.

Las puntuaciones de los ítems van de 1 a 7 en la dirección de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que lo forman.

Los aspectos que mide la escala son miedo a la muerte, evitación a la muerte, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape.

HTP (Casa, Árbol, Persona, por sus siglas en ingles).

Este test permite al sujeto proyectar con más facilidad sus áreas de conflicto y elementos de su personalidad, es decir, se establece un tipo de comunicación eficaz en la que elementos conscientes e inconscientes salen a relucir.

Concretamente, a través de estos dibujos se podrá ver cómo un individuo experimenta su yo en relación con los demás y el entorno familiar.

Se utilizó la prueba psicométrica de personalidad HTP (Casa, Árbol, Persona, por sus siglas en ingles) que nos permite conocer datos que no arroja la entrevista, particularmente del momento que está viviendo el paciente que ha sido diagnosticado con diabetes.

MACHOVER

Se utilizó el test proyectivo de personalidad creado por Karen Machover en el año 1949, utilizándolo para la exploración de la personalidad.

La prueba del dibujo de la Figura humana, es una técnica proyectiva de evaluación de la personalidad y rasgos emocionales-sociales, que implica la producción de un

dibujo por parte del evaluado, el cual es analizado en base a su contenido o a las características del dibujo. Nos permite conocer datos del paciente, como el concepto de sí mismo, actitudes hacia otras personas, expresión del aspecto emocional, etc.

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Paciente A: Mujer de 56 años de edad, viuda, con diabetes tipo I, diagnosticada desde hace 25 años, en la entrevista la paciente menciona que no tenía información antes de su diagnóstico, sobre la diabetes, por lo que fue una noticia que le impactó en gran medida, además cabe señalar que la persona que le dio el diagnóstico no le brindó ni siquiera la información básica sobre el padecimiento en mención, sintió que su mundo se vino abajo, no comprendía por que le estaba sucediendo esto a ella y su primera reacción fue llorar durante mucho tiempo; su familia la apoyaba pero también ignoraban en qué consistía dicha enfermedad.

La paciente también hace mención de presentar un sentimiento de pérdida el cual ha sido constante a través de los años, ya que ha tenido problemas de circulación, afectaciones en sus riñones, vista y sensibilidad, eso la hace sentir, triste y desmotivada. Describe a la diabetes como una enfermedad que hay que saber sobrellevar y en la que en su caso en particular hay que hacer diversos cambios en su vida empezando por la alimentación.

Aceptar su enfermedad ha sido un proceso que le ha llevado un largo tiempo (10 años aproximadamente) y el aspecto religioso y familiar han contribuido en lograr esta aceptación.

Se le aplicó las pruebas proyectivas H.T.P y el test de la figura humana de Karen Machover en las cuales se refleja, tensión por el tamaño y ubicación de los dibujos, ansiedad por la calidad de la línea, necesidad de seguridad por la línea base que colocó, y ambiente restrictivo, lo que le causa preocupación por el mismo; así como aislamiento por su carencia de detalles.

Paciente B: Masculino de 73 años de edad, soltero, con diabetes tipo 2, diagnosticado hace 4 años. El entrevistado hace referencia a que su enfermedad

la tiene con mayor tiempo de anticipación, esto a consecuencia de una vida llena de excesos, en la cual descuido por completo su salud, su familia y su vida.

Oficialmente hace pocos años le diagnosticaron la diabetes, al igual que la paciente A, la persona que le dio la noticia no le ofreció la información necesaria para conocer la enfermedad, esto aunado a su difícil situación económica y familiar, no le ha permitido tener los cuidados correspondientes, lo que le lo ha llevado a sufrir la amputación de uno de sus dedos del pie izquierdo y poner en riesgo dicha extremidad.

El paciente B alude que cuando recibió el diagnóstico se sintió responsable, culpable, de padecer la enfermedad y por la manera que vivió su juventud le ha tocado afrontarla solo, menciona que no tiene miedo a morir sin embargo no desea que sea pronto.

Se le aplicó las pruebas proyectivas del H.T.P y Machover las cuales arrojaron las siguientes características aislamiento por su carencia de detalles, frustración y lucha no realista, por la ubicación de sus dibujos, falta de afecto en el hogar, desamparo, pérdida de autonomía, preocupación sexual por la omisión de los pies, dependencia por el énfasis en la boca, inaccesibilidad e inferioridad por la omisión de la puerta, inseguridad en las raíces omitidas, tensión por las proporciones de los dibujos y el tipo de línea.

Paciente C: Hombre de 66 años, casado con diabetes tipo 2, diagnosticado desde hace 18 años, este paciente menciona que la persona que le dio la noticia fue un médico, quien le brindó la información necesaria sobre la enfermedad, además que el paciente ya tenía información previa sobre la diabetes lo que le permitió aceptarla de un modo más rápido sin embargo, menciona haberse sentido nostálgico, preocupado y molesto de padecerla.

Cabe mencionar que el paciente C realizó cambios radicales y rápidos en su vida como una alimentación, más sana, dejar de fumar, empezar a realizar algunos ejercicios en medida de lo posible. Hace referencia en que su familia ha sido de gran ayuda para salir adelante al igual que el aspecto religioso, pero la decisión de cambiar la vida es del enfermo.

El paciente C ha visto su salud afectada por ejemplo su circulación, riñones, hígado, páncreas, etc.

Se le aplicó el test H.T.P y Machover mismos en los que se presentan los siguientes rasgos: oposición a rotar las hojas proporcionadas, aislamiento e inseguridad, preocupación por sí mismo, regresión por la ubicación y proporción de las figuras, y agresión reprimida en piernas y manos, tensión y ansiedad por el tipo de línea, necesidad de seguridad por la línea base.

Paciente D: Mujer de 84 años de edad, con diagnóstico de diabetes tipo I desde hace 4 años, cuando esta paciente recibió la noticia, desconocía por completo el padecimiento ya que jamás había escuchado ni visto a alguien padecerla, sintió miedo, incertidumbre, pero no lo creyó puesto que ella se sentía bien, así que, aun a pesar del diagnóstico lo dudó y lo sigue dudando, menciona que sigue el padecimiento porque su familia la cuida suministrándole el medicamento adecuado, y no le permite trabajar como antes, pero ella no considera apropiado hacer algún otro cambio en su vida por que no considera que la enfermedad le afecte.

Se le aplica el test proyectivo H.T.P y Machover el cual muestra ciertos aspectos tales como aislamiento e inseguridad por tamaño de los dibujos, carencia de detalles depresión en por la ubicación de sus dibujos, regresión, preocupación por sí misma, tensión, descontento por la situación actual en la que vive, desamparo y pérdida de autonomía, tensión por la línea recargada, agresión al omitir la boca y dibujar las piernas separadas, en la figura humana.

Paciente E: Paciente femenino de 53 años de edad, soltera, diagnosticada desde hace 11 años con diabetes tipo 2, la cual fue informada de su padecimiento de modo general, la entrevistada ya tenía conocimientos sobre dicha enfermedad porque conocía a algunas personas que la padecían, hace referencia que en un principio fue difícil aceptar la enfermedad independientemente de que ya tuviera conocimientos previos acerca de esta; la noticia la hizo sentirse devastada, triste y con miedo a que pasaría después, con su vida.

La diabetes le ha causado algunos problemas con sus extremidades, piel, vista, su salud se ha ido desgastando con el paso de los años y considera que la diabetes obliga a quienes la padecen a realizar un cambio radical para tener una mejor calidad de vida si es que así lo desean. Su fe le ha permitido sobrellevar la diabetes.

Se le aplicó las pruebas proyectivas del H.T.P y Machover las cuales muestran las siguientes características, rigidez ubicación de los dibujos, ansiedad, aislamiento, oposición por la rotación de la hoja proporcionada, inaccesibilidad por la omisión de la puerta, inadecuación y dependencia por la línea y base amplia del árbol, tensión, preocupación ambiental y una fuerte necesidad de logro por el énfasis en los brazos.

Paciente F: Paciente masculino de 80 años, casado, con diabetes tipo 2, diagnosticado con diabetes desde hace 20 años aproximadamente, recibe la información por parte del personal médico de la institución que le brindaba cuidados a su salud.

Alude que en esos tiempos no era tan común padecer diabetes como lo es ahora, por lo que cuando recibió la noticia se negó a creerlo, se asustó porque le dijeron que no tenía cura, y que muy probablemente si le brindaron la información necesaria pero él no la escuchó, él solo pensaba que se moriría pronto y esa idea le aterraba. Su esposa e hijos le brindaron el apoyo cambiando sus estilos de vida

como la alimentación, pero para él ha sido difícil a lo largo del tiempo, hoy por hoy la acepta pero no logra hacer un cambio total como su enfermedad lo requiere.

Se le aplico el test H.T.P y Machover en los cuales se arrojaron las siguientes características como aislamiento, descontento, inferioridad, ansiedad, frustración, lucha no realista y fantaseo por la ubicación y proporción de los dibujos, tensión y ansiedad por el tipo de línea utilizada, dependencia por el tipo de árbol dibujado, fuerte necesidad de logro por el énfasis en los brazos, y agresión por las piernas separadas, aislamiento por la carencia de detalles.

Paciente G: Masculino de 56 años de edad, soltero con diabetes tipo 2, diagnosticado desde hace 12 años, el entrevistado hace referencia que ambos padres eran diabéticos, es decir que conocía muy bien la enfermedad y lo que esta implicaba, aparentemente.

Sabía que era propenso a padecerla y pensaba que si algún día se la diagnosticaran el impacto sería muy grande y se le vendría su mundo abajo, sin embargo, el día que paso no fue así. El paciente G, alude que si sintió mucha tristeza cuando recibió la noticia, pero la acepto casi automáticamente, en un principio no podía realizar un cambio tan radical ya que sus horarios laborales no se lo permitían y su familia por consiguiente tampoco lo apoyo en este aspecto; todo esto contribuyó a que mermara en su salud y esta se fuera deteriorando.

Actualmente tiene una vida diferente en la que está tomando el protagonismo de su salud, procurando cuidar su alimentación, haciendo ejercicio, recibiendo el control necesario para tener una mejor calidad de vida. Lo que lo hace sentir motivado. Ya que si bien, no puede recuperar lo perdido, puede darle una nueva dirección a su salud.

Se le aplico los test H.T.P Y Machover los cuales presentan las características siguientes: tensión, ansiedad, inseguridad por proporción de las figuras, por la ubicación y dependencia por el tamaño de la puerta, rigidez, ambiente restrictivo,

agresión y poco contacto con la realidad, oposición por la rotación del dibujo, agresión por las piernas separadas.

Paciente H: Paciente femenino de 39 años de edad, soltera con diabetes tipo dos, diagnosticada desde hace un año, la entrevistada menciona que conocía la enfermedad antes de que se la diagnosticaran, su madre la padecida, al preguntarle por su sentir en el momento de recibir la noticia, ella niega incluso haber sentido algo, hace especial hincapié en que no sintió nada, en que actualmente no le preocupa y que ella está bien.

Se puede observar que en su negación y su esfuerzo por evadir su condición no ha decidido realizar algún cambio que le permita tener una mejor vida.

Se le aplica el test H.T.P y Machover en el que se puede observar lo siguiente denota inseguridad, dependencia, inmadurez, oposición al rotar la hoja proporcionada para dibujar, aislamiento, ansiedad en la ubicación y proporción de los dibujos, agresión reprimida e inadecuación por las piernas separadas, poco contacto con la realidad en la omisión de las pupilas.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte se muestra los siguientes datos con respecto a las cinco actitudes evaluadas, las cuales son:

Tabla 1. Aceptación de acercamiento.

Tabla 2. Evitación a la muerte.

Tabla 3. Aceptación de escape

Tabla 4. Miedo a la muerte.

Tabla 5. Aceptación neutral.

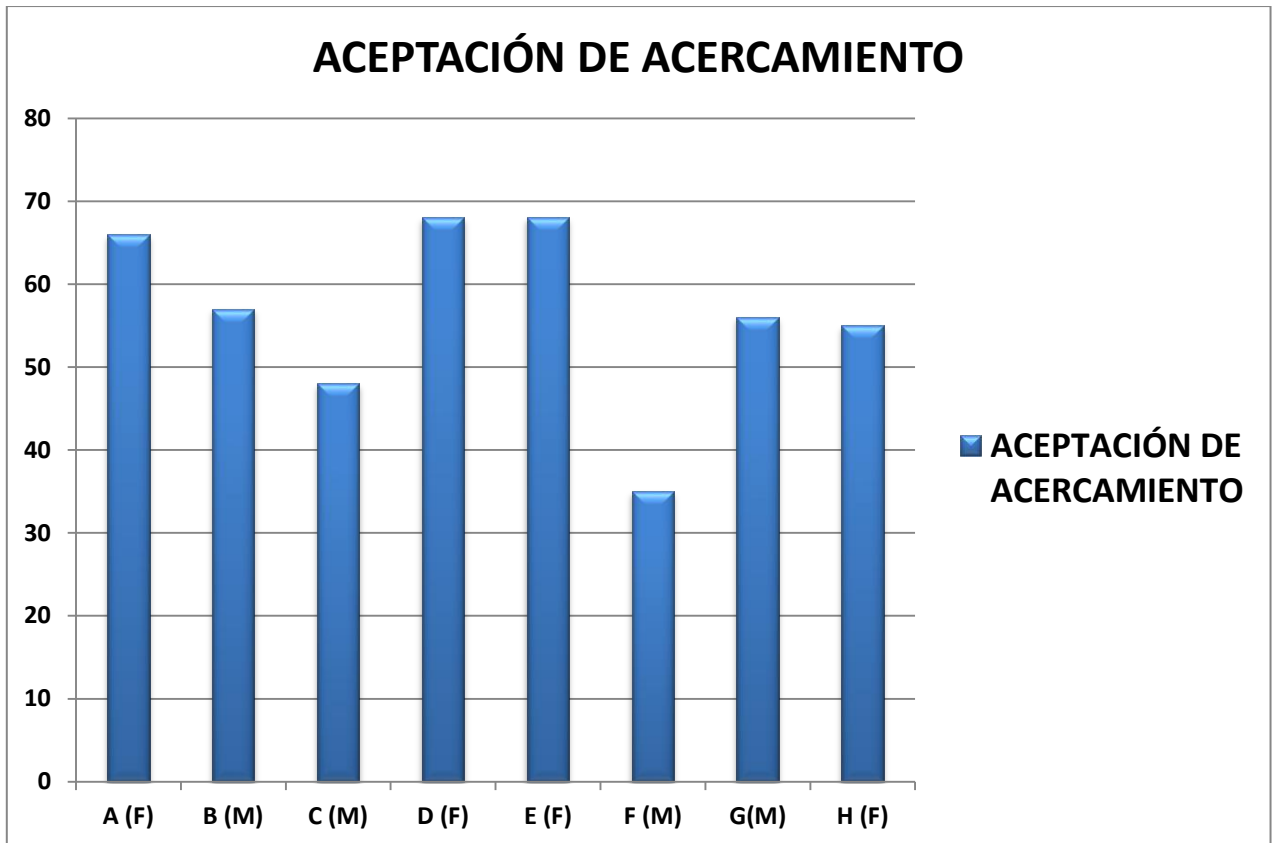


TABLA 1.

En la tabla 1 se muestran observar los porcentajes correspondientes a la actitud de aceptación de acercamiento, es decir la aceptación de la muerte como una puerta hacia una vida feliz después de la misma.

En el eje vertical se localizan los porcentajes, mientras que en el eje horizontal se encuentran los pacientes identificados con la letra correspondiente, cabe señalar que dentro del paréntesis se muestra la letra F para las mujeres y la letra M para los pacientes hombres, en esta y las tablas siguientes

En la tabla 1, el paciente A obtuvo un 66%, el paciente B 57%, paciente C 48%, paciente D 68%, paciente E 68%, paciente F 35%, paciente G 56% y el paciente H 55%.

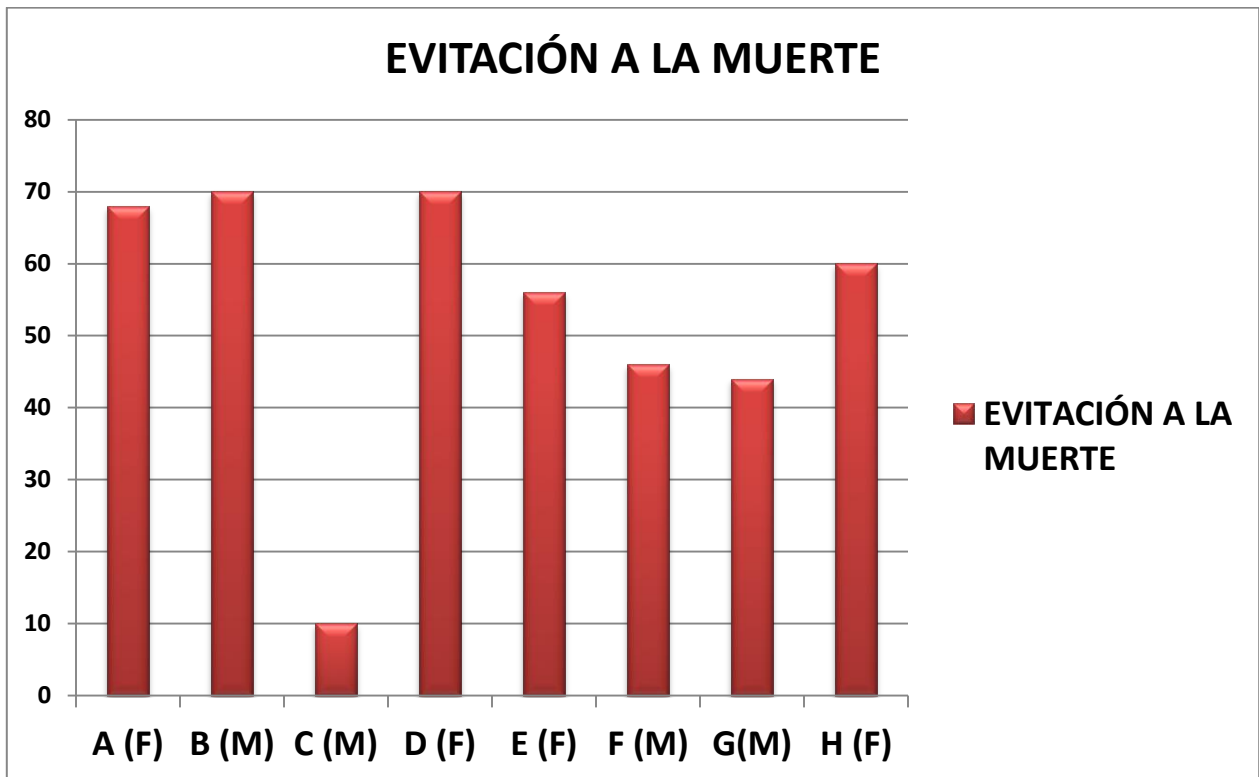


TABLA 2.

En la tabla 2, se muestran los porcentajes que los participantes obtuvieron ante la actitud de evitación de la muerte; misma que hace referencia a la dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte de modo que la conducta se puede ver afectada, los pacientes obtuvieron los siguientes datos: paciente A 68 %, paciente B 70%, paciente C 10%, paciente D 70%, paciente E 56%, paciente F 46%, paciente G 44%, paciente H 60%.

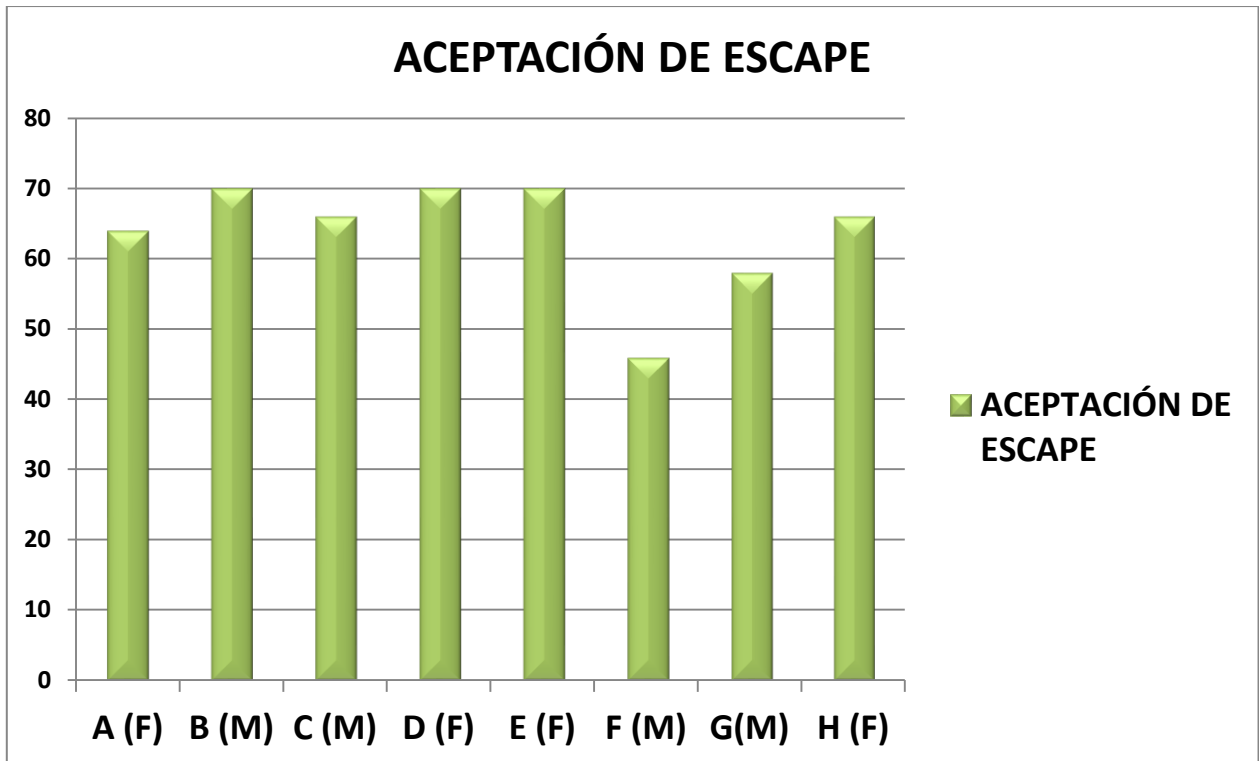


TABLA 3.

En la tabla 3 se puede localizar los datos obtenidos con respecto a la actitud de aceptación de escape alude a la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa, en donde el paciente A obtuvo un 64%, el paciente B 70%, el paciente C 66%, el paciente D 70%, el paciente D 70%, el paciente F 46%, el paciente G 58% y el paciente H 66%.

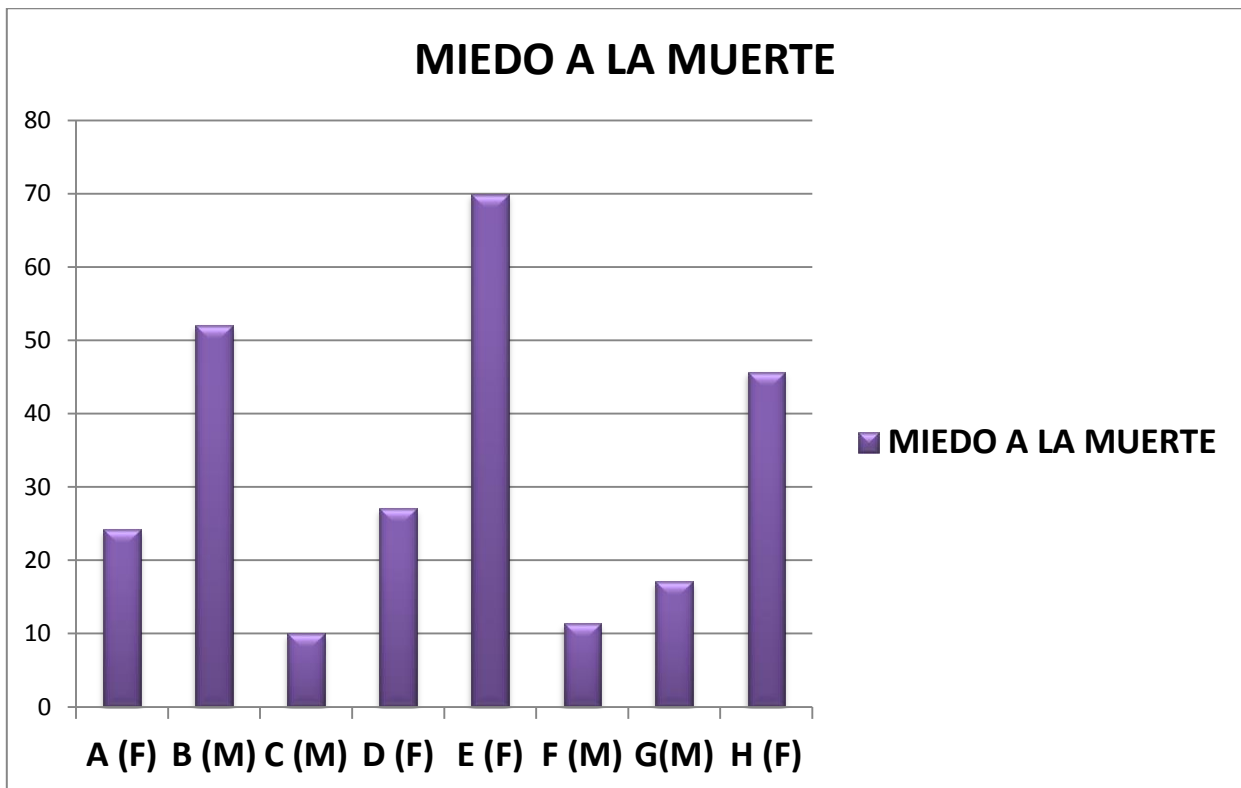


TABLA 4.

En la tabla 4 se muestran los valores obtenidos ante la actitud del miedo a la muerte, haciendo referencia a los pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte; con un 24.2 % se encuentra el paciente A, un 52% para el paciente B, 10% para el paciente C, 27.1% para el paciente D, 70% paciente E, un 11.4% para el paciente F, 17.1 % para el paciente G y con un 45.7 para el paciente H.

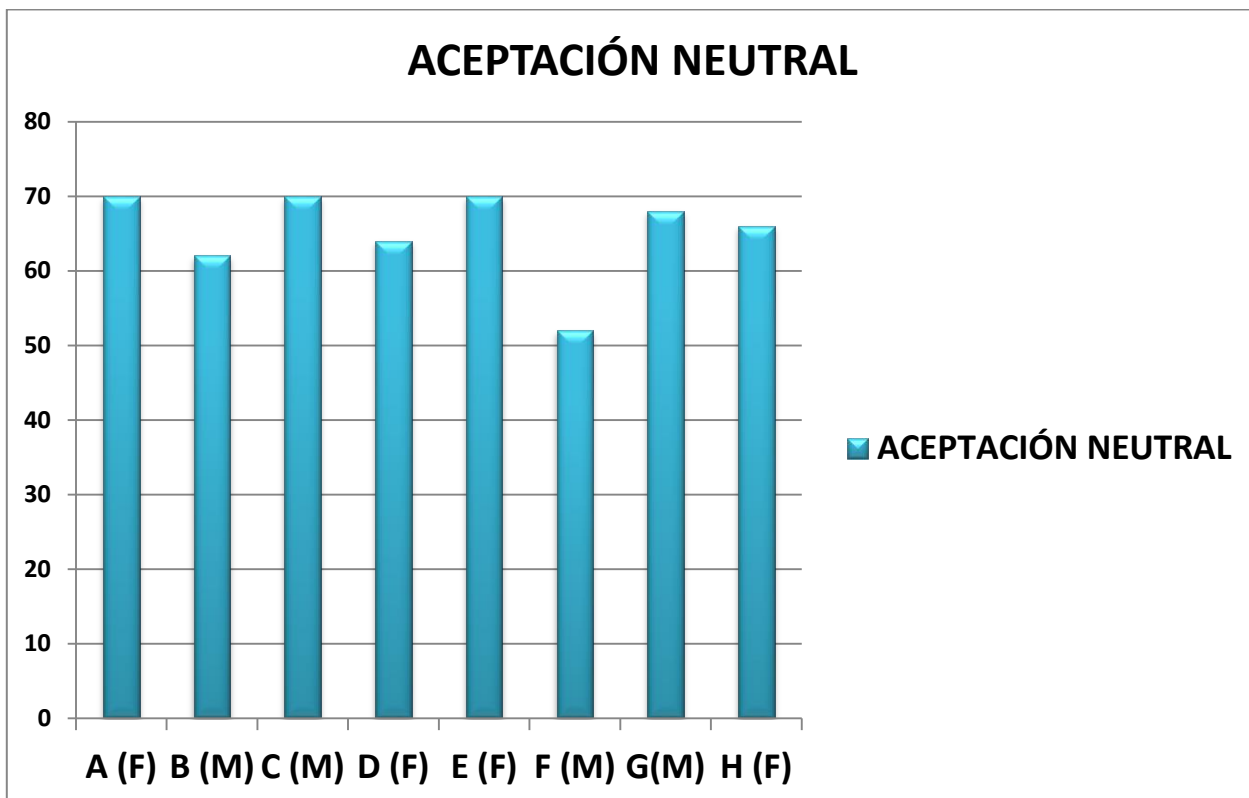


TABLA 5.

En la tabla 5 se representa la actitud de aceptación neutral, la cual es la visión de la muerte como una realidad en la que no se le teme pero tampoco se le da la bienvenida. Los pacientes tuvieron la siguiente aceptación neutral paciente:

A 70%, B 62%, C 70%, D 64%, E 70%, F 52%, G 68% y H 66%.

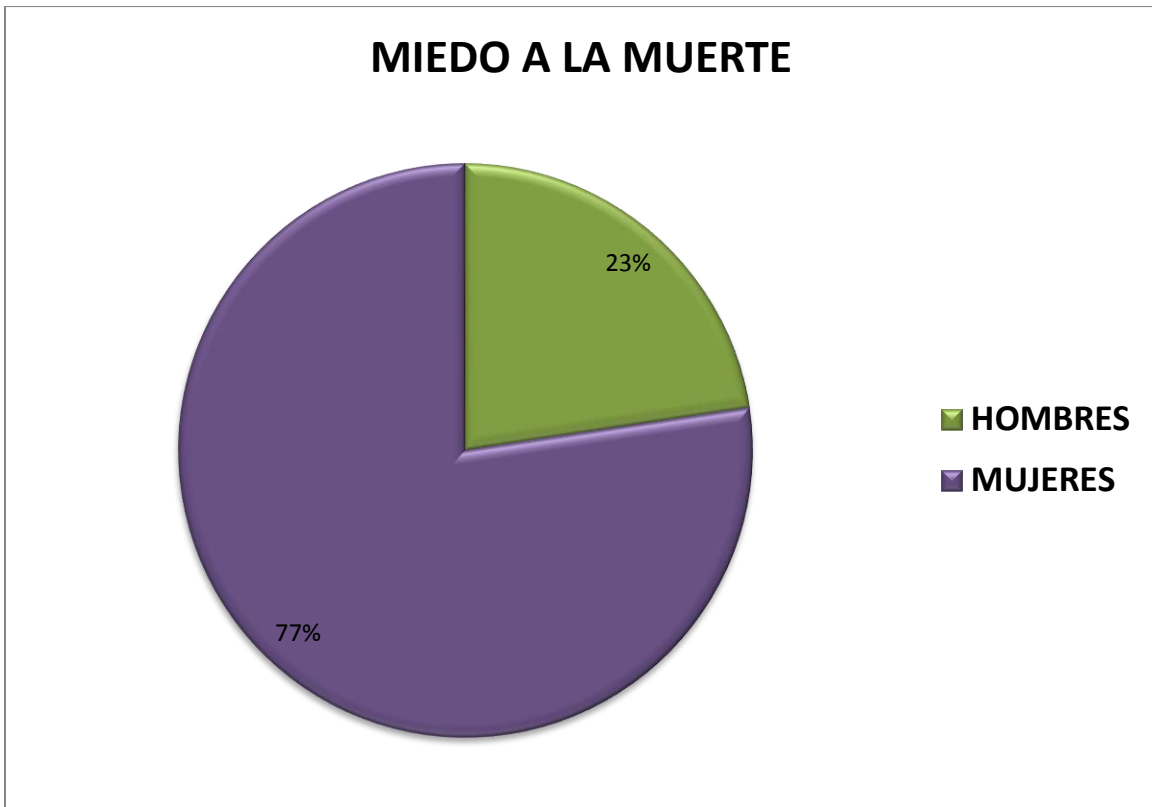


TABLA 6.

En la tabla 7 se muestra una gráfica comparativa entre hombres y mujeres de la actitud del miedo hacia a muerte, en donde se puede observar que las mujeres muestran un mayor porcentaje de miedo hacia la muerte del 77% en contraste con los pacientes masculinos con un 23 %.

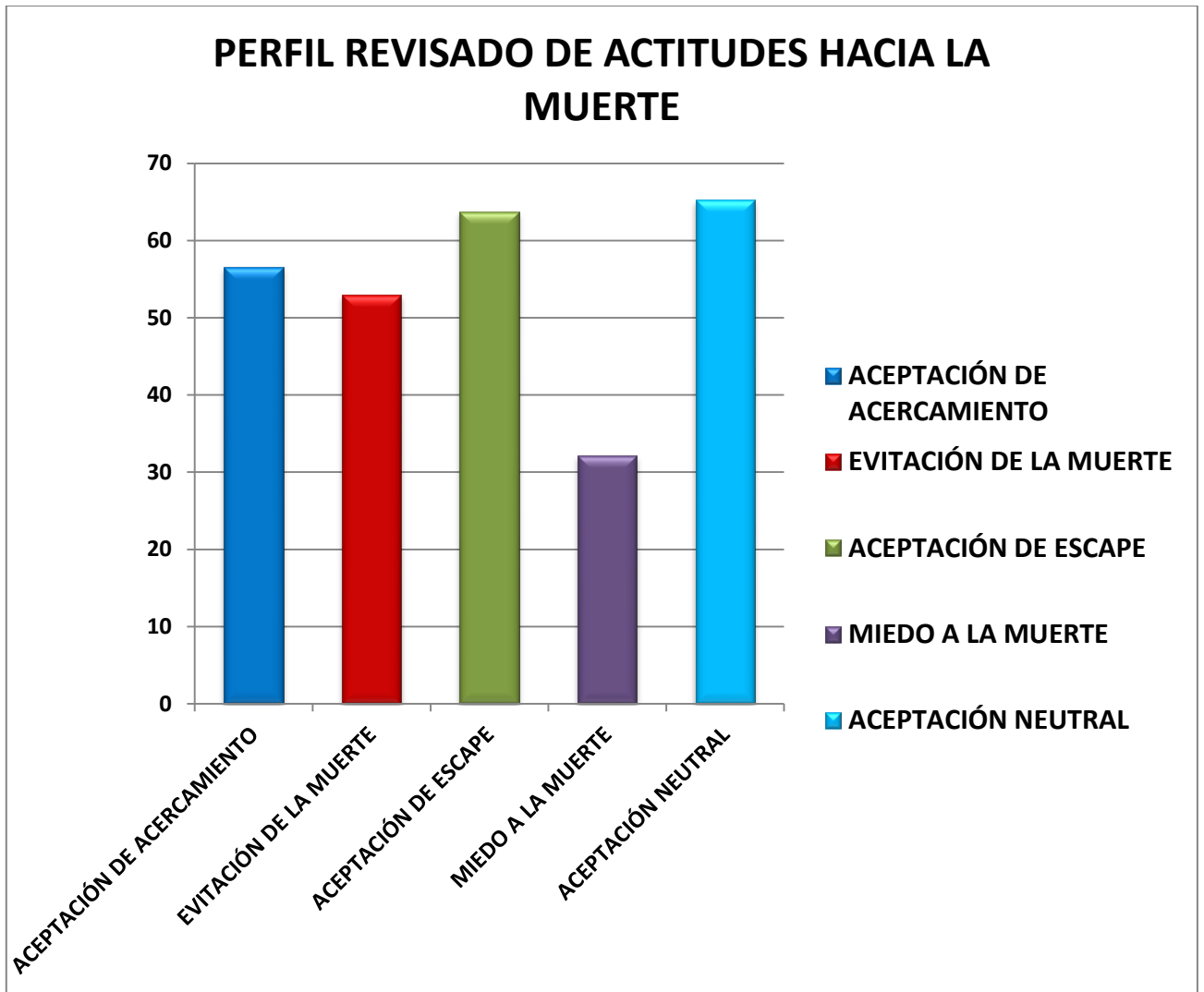


TABLA 7.

En la tabla 6 se puede observar que de la muestra con que se trabajó; no le tienen miedo a la muerte ni le dan la bienvenida en un 65.25%, reflejan una aceptación de escape de 63.75%, muestran una aceptación de acercamiento de 56.62%, una evitación de la muerte de 53% y un miedo a la muerte de 32.18%.

4.2 CONCLUSIONES

Las personas mueren de diferentes enfermedades, en variadas circunstancias y ámbitos culturales, con distintos niveles de conciencia y con distintas percepciones de lo que constituye una buena muerte. La relación que cada persona establece con la muerte es una cuestión personal que se ve influida por diversos factores como la cultura, la religión, la edad y hasta la época en que uno esté viviendo.

De acuerdo a los datos obtenidos en el capítulo anterior y en el desarrollo de la presente investigación se puede concluir que los 8 pacientes evaluados muestran una actitud de aceptación neutral ante la muerte de 65.25 % indicando que son realistas en que la muerte es un proceso natural de la vida, innegable e inevitable, sin embargo no desean que les suceda pronto. También muestran una aceptación de escape medio- alta de 63.75%, aceptando que a la muerte como una puerta para escapar a los aspectos dolorosos de la vida, en donde en ocasiones se encuentran sufriendo, como por ejemplo su enfermedad y el deterioro de su salud cada día

Las personas evitan los pensamientos de la muerte en un 53%, se les dificulta afrontar pensamientos relacionados a su propia muerte, mencionan que les causa cierto temor pensar en la muerte, por consiguiente prefieren evadir alguna idea o simplemente cambiarla, por alguna más agradable; con un 56.62 % tienden a una aceptación de acercamiento, esto influido en gran medida por sus creencias religiosas, su fe, que les permiten pensar en una vida mejor, más tranquila y sobre todo feliz, después de la muerte.

Y reflejan un miedo a la muerte bajo de 32.18% incluyendo cualquier tipo de sentimiento y pensamiento negativo hacia la muerte. Esto, gracias a su postura realista de que la muerte es una parte fundamental del ciclo de vida, en el que

todo y todos tienen un principio y un final. Del cual cabe señalar que las mujeres reflejan un mayor miedo a la muerte en comparación con los hombres.

En esta investigación se cumplió con el objetivo de identificar el proceso de duelo en pacientes que han sido diagnosticados con una enfermedad, así como explicar el duelo cuando las personas han perdido la salud.

Se analizó el proceso de duelo en 8 pacientes que han sido diagnosticados con diabetes de 39 – 84 años de edad del hospital general de Minatitlán, ver. Y se comprobó que, si bien es cierto que los pacientes diagnosticados con una enfermedad y que han perdido su salud presentan un proceso de duelo, y que muy probablemente cada uno afrontará en algún momento de su vida, una experiencia de este tipo, no viven el mismo duelo, no atraviesan el mismo orden de las etapas del duelo, ni necesariamente las viven todas como si fuera un instructivo.

Puede variar de acuerdo a la persona, a sus recursos, a sus creencias, al apoyo que reciba, a la información con que cuente al momento de recibir el diagnóstico, y la forma en que le den la noticia. Existirá una gran diferencia entre si solo se le dice al paciente que tiene una enfermedad crónica, que no tiene cura, a decirle en que consiste su enfermedad, en cómo puede cuidar su salud y mejorar su calidad de vida y ampliar el panorama de la enfermedad, ayudándoles a hacer los cambios necesarios para sobrellevar la diabetes.

De igual manera cabe señalar que las manifestaciones que presentaran los enfermos diabéticos no serán las mismas, estas también pueden variar, pero hay que prestar especial atención hasta donde se pueden considerar normales dichas manifestaciones que irán de la mano con la elaboración del duelo.

4.3 PROPUESTA

De acuerdo a la información obtenida sobre el proceso de duelo que viven los pacientes que han recibido un diagnóstico de diabetes mellitus se propone un modelo de acompañamiento psicológico en el cual:

- **El psicólogo tiene un papel muy importante:**

Dado que la diabetes es una enfermedad crónica, será fundamental que el paciente se implique en su tratamiento para que su enfermedad evolucione de manera adecuada. Desde esta perspectiva se deberá de trabajar con la persona afectada para impulsar el bienestar del diabético con el fin de mejorar su estado.

Los pacientes diabéticos se encontrarán con una serie innumerable de cambios psicofisiológicos y no serán fáciles de comprenderlos en primera instancia, ya que se verán relacionados con factores psicológicos como ansiedad, miedo a la muerte, tristeza, motivación, negación, etc. Que harán más difícil la asimilación y/o aceptación de la enfermedad, es aquí en donde el psicólogo necesitará intervenir para ayudar al paciente lograr la aceptación total de la enfermedad y todo lo que esta implica.

Y esto aunado a otros factores (como la actitud, la cultura, la familia, la percepción de los síntomas, el estado emocional, las diferentes creencias sobre la enfermedad), determinarán la intervención (tipo de técnica) conveniente para cada paciente.

El psicólogo podrá considerar al momento de intervenir, la personalidad del paciente, ya que seguramente, ésta, en mayor o menor medida, influya en los mecanismos de defensa que utilice la persona que se encuentra en duelo. La propia enfermedad contribuirá por si sola a la existencia de problemas psicológicos, como la depresión, con referencia a esto, el psicólogo tendrá que estar al tanto del diagnóstico y la forma en cómo va evolucionando la enfermedad en la persona, para poder intervenir a favor del correcto seguimiento del

tratamiento, trabajando con los problemas que se pudieran presentar. Por ejemplo la negación de algunos pacientes a no querer seguir el tratamiento, por no considerarlo necesario o en negar la realidad de esta enfermedad que les está cambiando radicalmente el estilo de vida.

En resumen el psicólogo debe trabajar:

- La intervención para ayudar al paciente a la aceptación del diagnóstico y a la generación de un cambio en su comportamiento, adquiriendo una serie de habilidades que muchas veces exigen la modificación de hábitos anteriores.
- Hacer conscientes a los pacientes de la importancia que tiene el seguimiento correcto de su tratamiento.
- El favorecimiento de los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, el plan de ejercicio que pueda recomendar su médico y la administración de la insulina.
- La adaptación a un nuevo estilo de vida, como cambios y restricciones en la dieta, ejercicio físico y control de situaciones cotidianas estresantes que pueden ocasionar, por lo demás, ansiedad, miedos, frustraciones, sentimientos de rabia, irritabilidad, etc.
- La intervención en las diferentes situaciones familiares.

La atención psicológica para resolver la problemática del duelo puede considerar algunos de los siguientes recursos:

- Ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad.
- Psicoterapia de apoyo para ayudar a su reafirmación: es una de las formas más comunes de intervención en pacientes con complicaciones psicosociales generadas por una enfermedad crónica como es el caso de la diabetes.

- Técnicas de reestructuración cognitiva: que permitan rectificar las ideas, juicios y conceptos establecidos por el paciente pero erróneos total o parcialmente.
- Redes de apoyo (grupos de diabéticos): con quienes comparta el paciente además de la diabetes actividades en común, hablando de diferentes temas relacionados con la enfermedad y conociendo como otros han sobrellevado la enfermedad.
- Terapia familiar: El apoyo familiar es particularmente importante en el paciente diabético no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario de tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía.
- Psicoterapia breve: Las intervenciones a corto plazo pueden aliviar el estrés emocional para los pacientes.
- Educación al paciente: consiste en aumentar el conocimiento sobre la diabetes para reducir la ansiedad, para saber qué acciones si y cuales no van con la enfermedad para lograr una calidad de vida.
- Apoyo social: los enfermos crónicos que tienen buenas relaciones sociales presentan ajustes positivos a la enfermedad. Entre ellas se puede mencionar:

La pareja constituye la persona más cercana y su apoyo y comprensión son importantes en la autoestima de este tipo de pacientes.

Las relaciones con compañeros de trabajo o estudio pueden constituir una fuente de apoyo. La aceptación en estos grupos, la comprensión que estas personas puedan mostrar a las necesidades del diabético, así como el apoyo material para cumplir el tratamiento son condiciones deseadas para el mejor desenvolvimiento del paciente diabético.

El personal de salud que tiene a su cargo la atención de estos pacientes constituye una importante y prestigiosa fuente de información que disipa temores y prejuicios en relación con la enfermedad, además de ser quien determinará el tratamiento a seguir.

Las relaciones sociales en general pueden contribuir a que el diabético logre una identidad social positiva en la medida en que sean capaces de percibirlo como una persona igual a los demás pero que a su vez requiere cumplir un tratamiento: la comprensión, apoyo y aceptación que provenga de los demás confiere al diabético seguridad y confianza.

Estas técnicas pueden desarrollarse individualmente o en grupos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby, J. (1963). Duelo patológico y el duelo infancia. Revista de la American Asociación Psicoanalítica , 11 , 500-541
2. Bowlby, J. (1988). Una base segura: el apego entre padres e hijos y el desarrollo humano saludable. Londres: Routledge.
3. Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Madrid: Paidós.
4. Gagliardino J, (1997) Cómo tratar mi diabetes dedicado a personas con diabetes no insulino dependientes. La Plata Argentina: Ed. Boehringer Mannheim GMBH.
5. Klarsfeld, A, Revah, F. Biología de la muerte. España: Computense, 2002, pp. 17-36.
6. Klarsfeld, A; Revah, F. (2002). Biología de la muerte. España: Computense, 2002, p. 236.
7. Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En Obras Completas. (Tomo I). Buenos Aires: Paidós.
8. Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En Obras Completas. (Tomo II). Buenos Aires: Paidós.
9. Kübler-Ross, Elizabeth (2008). La rueda de la vida. México. Barataría.
10. Kübler-Ross, Elizabeth (2006). Sobre la muerte y los moribundos. México.

11. Linares J. Campo C. (2000) Tras la honorable fachada los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Barcelona España: ed. Paidós.
 12. Manual diagnóstico Y estadístico de los trastornos mentales(DSM-VI)
 13. Nasio, J. (1996). El libro del dolor y del amor. Barcelona: Gedisa.
 14. Neimeyer, R.A. (2002) Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Paidós. Barcelona.
 15. Neimeyer, R. A., Herrero, O. & Botella, L. (2006). Caos a la coherencia: la integración psicoterapéutica de la pérdida traumática. Revista de Psicología Constructivista 19, (127-145).
 16. Nomen, L. (2007) El duelo y la muerte: El tratamiento de la pérdida. Ediciones pirámide.
 17. Núñez Aceves, N. (1999) "¿Quién soy yo? Una cuestión de identidad. [En línea]Rompan filas, año 8 numero 43 <http://www.unam.mx/rompan/43/rf43a.html> [consulta 12 junio 2006].
 18. Tizón, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Paidós.
 19. Worden, J. W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.
- Medios electrónicos:
20. http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen1/ciencia2/52/html/sec_12.html (muerte y Freud).

21. <http://www.crc.org.co/documentos/manejoduelo.pdf>
22. <http://www.diabetes.bayer.es/blog/diabetes/el-papel-del-psicologo-en-la-diabetes-tipo-1-y-tipo-2/>
23. <http://dtc.ucsf.edu/es/recien-diagnosticado/>
24. http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
25. <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
26. <http://mexico.cnn.com/salud/2012/11/15/la-diabetes-en-mexico-y-el-mundo-en-cifras>
27. <http://www.redalyc.org/pdf/142/14239904.pdf>
28. <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130103A/15522>
29. http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
30. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342013000800009&script=sci_arttext
31. <http://www.vivirotradiabetes.es/Profesionales/Informacion-general-sobre-diabetes/La-Diabetes/Aspectos-psicologicos.aspx?idpage=4853>
32. <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-13-06896.pdf>

ANEXOS

**PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE (WONG, REKER,
GESSER, 1988).**

NOMBRE: _____

INSTITUCIÓN: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lee cada afirmación cuidadosamente e indica luego hasta qué punto estás de acuerdo o desacuerdo.

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades:

**TA= Totalmente de acuerdo A= Bastante de acuerdo MA= Algo de acuerdo
I= Indeciso MD= Algo en desacuerdo D= Bastante en desacuerdo
TD= Totalmente en desacuerdo.**

1.- La muerte es, sin duda, una experiencia horrible.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
2.- La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
3.- Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
4.- Creo q iré al cielo cuando	TD	D	MD	I	MA	A	TA

muera.							
5.- La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
6.- La muerte se debería ver como algo natural, innegable e inevitable.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
7.- Me trastorna la finalidad de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
8.- La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
9.- La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
10.- Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
11.- La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
12.- Siempre intento no pensar en la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
13.- Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
14.- La muerte es un aspecto	TD	D	MD	I	MA	A	TA

natural de la vida.							
15.- La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
16.- La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
17.- No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
18.- Tengo un miedo intenso a la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
19.- Evito totalmente pensar en la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
20.- El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
21.- Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo, tal como lo conozco.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
22.- Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
23.- Veo la muerte como un alivio de sufrimiento terrenal.	TD	D	MD	I	MA	A	TA

24.- La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
25.- Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
26.- Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
27.- La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
28.- Una cosa que me consuela al afrontar la muerte, es mi creencia en una vida después de la vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
29.- Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
30.- La muerte no es ni buena ni mala.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
31.- Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
32.- Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA

ENTREVISTA



Universidad de Sotavento A.C.

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Sexo: _____

1. ¿Cuánto tiempo tiene diagnosticado?
2. ¿Quién le informo de su diagnóstico?
3. ¿Qué información tenía antes ser diagnosticado, sobre la diabetes?
4. ¿considera que la persona que le dio la noticia, lo hizo del modo adecuado?
5. ¿Por qué?
6. ¿Qué sintió al saber que era una persona diabética?
7. ¿Estaba acompañado de algún familiar al recibir el diagnóstico?
8. ¿Qué pensó al momento de escuchar el diagnóstico?

9. **¿Cuál fue su reacción al salir del lugar en donde recibió el diagnóstico?**
10. **¿Cómo compartió el diagnóstico con su familia?**
11. **¿Cuál fue la reacción de su familia al saber de su enfermedad?**
12. **¿Cómo lo hizo sentir la reacción de su familia?**
13. **¿Qué significa para usted la diabetes?**
14. **¿Qué pensaba sobre la diabetes, antes de recibir el diagnóstico?**
15. **El algún momento ¿Tuvo algún sentimiento de pérdida?**
16. **¿Qué perdió con la diabetes?**
17. **¿Cómo influyo el diagnóstico de su enfermedad en su vida laboral?**
18. **¿Cómo afecto la diabetes en su salud?**
19. **¿Cómo lo hace sentir la pérdida de su salud?**
20. **¿cómo cambio su vida emocionalmente después del diagnóstico?**
21. **¿Existió algún cambio en su entorno familiar después de saber que era diabético?**
22. **¿Qué piensa sobre la muerte?**

- 23. ¿Qué diferencia hay en su concepto de vida y muerte antes y después del diagnóstico?**
- 24. ¿Siente miedo a morir?**
- 25. ¿Por qué?**
- 26. ¿Qué ha hecho para sobrellevar la diabetes?**
- 27. ¿Considera que la forma en la cual le dieron el diagnóstico le permitió comprender su enfermedad?**
- 28. ¿Por qué?**
- 29. ¿Cuánto tiempo le ha llevado asimilar su enfermedad?**
- 30. ¿Qué le ha permitido aceptar su enfermedad?**