



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
SUPERIORES UNIDAD LEÓN**

**TEMA: IDENTIFICACIÓN DE LA ETAPA DE DUELO EN
PACIENTES DEL ÁREA DE ORTOPEDIA Y DEPORTE DE
LA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA ENES UNAM EN LEÓN
GTO.**

FORMA DE TITULACIÓN: TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN FISIOTERAPIA

P R E S E N T A:

JOSÉ ADRIÁN LÓPEZ MOCTEZUMA

TUTOR: DR. MAURICIO ALBERTO RAVELO IZQUIERDO

ASESOR: LIC. MAYRA ALEJANDRA CHÁVEZ SÁNCHEZ



LEÓN, GUANAJUATO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

A la máxima casa de estudios; la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser la mejor universidad del país y brindarme la oportunidad de ser mejor persona, un nuevo profesionalista y sobre todo crear en mí valores UNAM.

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León. La escuela que abrió una de las mejores licenciaturas que puede haber (Fisioterapia). Que me dio la oportunidad de regresar a la escuela después de varios años.

A la clínica de Fisioterapia de la ENES UNAM, por ser una, si no es que la mejor clínica de Fisioterapia en el país, por permitir ampliar mi conocimiento práctico con el apoyo de sus instalaciones y equipo, al igual que la oportunidad de que el paciente fisioterapéutico acuda a recibir servicio a bajo costo.

Al Dr. José Narro Robles, al Rector Enrique Luis Graue Wiechers, al Maestro Javier de la Fuente y a la Dr. Laura Susana Acosta Torres por mantener la Universidad en alto y por el apoyo a todos nosotros como estudiantes.

Al programa de becas Manutención UNAM, por el apoyo otorgado durante mi estancia en la Universidad.

Dedicatoria

En primer lugar a Dios por permitirme vivir esta experiencia, que no sólo me otorgó conocimiento escolar sino también de vida.

A mi familia, en especial a mis padres, que mi madre con el apoyo físico y emocional me dio la fortaleza para seguir adelante, gracias por estar ahí siempre. A mi padre que aunque no esté físicamente sé que siempre estuvo conmigo en este camino. A mis hermanos por su cariño y confianza. Quiero remarcar que esto también es suyo ya que son lo más importante en mi vida y mi motor para seguir adelante.

A mis profesores, todos aquellos que me brindaron su apoyo para poder llegar a este momento, en donde reconozco que ustedes son la pieza clave para que un estudiante pueda adquirir un nuevo conocimiento.

A los pacientes de la clínica de Fisioterapia por ser tan amables, tolerantes y respetuosos, ya que sin su apoyo y paciencia no habría obtenido la confianza para darles el mejor servicio posible.

A mi tutor de tesis: Dr. Mauricio Ravelo que como profesor durante estos cuatro años me brindó parte de su conocimiento, permitiéndome ampliar mi visión hacia otros campos relacionados a la fisioterapia y de lo cual da como resultado el tema de esta tesis. Por su apoyo y orientación como asesor del área de ortopedia, y principalmente por su compromiso y dedicación para la realización de este trabajo.

A mis amigos que fueron parte de mi vida estos cuatro años, por su apoyo y cariño, pero sobre todo por estar ahí.

Índice

Resumen.....	V
Introducción.....	VI
Capítulo 1: Objetivos	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación de estudio	3
1.3. Objetivos del estudio.....	4
Capítulo 2: Antecedentes	5
Marco teórico	5
2.1. Enfermedades músculo-esqueléticas	6
2.2. Aspectos psicosociales de la discapacidad en fisioterapia	7
2.3. Pérdida.....	9
2.4. Duelo.....	11
2.5. Modelo de cinco etapas de duelo por Kübler Ross	13
2.5.1. Negación	14
2.5.2. Ira	15
2.5.3. Negociación o pacto	16
2.5.4. Depresión	18
2.5.5. Aceptación.....	19
2.6. Duelo patológico	19
Estado actual del conocimiento.....	21
2.7. Adherencia al tratamiento de fisioterapia.....	21
2.8. El fisioterapeuta y su función	22
2.9. Fases del duelo en fisioterapia	25
Capítulo 3: Metodología de la Investigación	30
3.1. Enfoque de la investigación	30
3.2. Población	30
3.3. Muestra.....	30
3.4. Límites	31

3.5.	Herramientas de trabajo	32
3.6.	Procedimiento:	34
3.7.	Variables	35
3.8.	Aspectos éticos	36
Capítulo 4: Resultados		37
4.1.	Análisis por género	38
4.2.	Análisis por rangos de edad	39
4.3.	Análisis de tiempo de enfermedad	40
4.4.	Análisis de tiempo en tratamiento de fisioterapia	42
4.5.	Análisis por clasificación de zona de enfermedad	43
4.6.	Análisis de la adherencia al tratamiento de fisioterapia	44
4.7.	Análisis fases del duelo	45
4.8.	Análisis de fases del duelo por género	46
4.9.	Análisis de fases del duelo por rangos de edad	47
4.10.	Análisis de fases del duelo por tiempo de enfermedad	48
4.11.	Análisis de fases del duelo por tiempo en fisioterapia	50
4.12.	Análisis de fases del duelo por zona de enfermedad	51
4.13.	Análisis de fases del duelo por la adherencia al tratamiento	52
Capítulo 5: Discusión		54
Capítulo 6: Conclusión		57
Bibliografía		58
Anexos		62
1.	Cronograma	62
2.	Cuestionario (Escala de fases de duelo)	63
3.	Carta de solicitud	66
4.	Carta de consentimiento informado	67

Resumen

Introducción: La persona que padece una lesión o enfermedad y como consecuencia enfrenta la discapacidad, presenta una serie de emociones por haber perdido sus roles normales de vida; por lo que el paciente de fisioterapia se encuentra en un proceso emocional llamado duelo, el cual, está compuesto de cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. En fisioterapia existe la preocupación de que estas emociones puedan interferir con el tratamiento fisioterapéutico y su recuperación.

Objetivo: Identificar la etapa de duelo, en los pacientes que acuden a fisioterapia del área de ortopedia y deporte de la ENES UNAM León.

Metodología: El estudio es de tipo cuantitativo, exploratorio, no experimental y transversal. Se realizó una entrevista sobre el proceso emocional llamado duelo, a través de un cuestionario tipo escala a una muestra de 140 pacientes del área de ortopedia y deporte de la clínica de fisioterapia ENES UNAM León. Esta muestra se recolectó durante el mes de octubre del 2018.

Resultados: Después del análisis se determinó que del total de la muestra, 6 personas están en fase de negación, 3 en la fase de ira, 38 en la fase negociación, 3 en la fase de depresión y 90 en la fase de aceptación. La mayoría de las personas entrevistadas se encuentra en las fases de aceptación y negociación o pacto, y la minoría se encuentra en las fases de negación, ira y depresión.

Conclusiones: Se confirma lo que dice la bibliografía; acerca de que todo individuo después de sufrir una pérdida, inicia un proceso emocional llamado duelo. Se percató que existe poca información respecto a los procesos emocionales por los que atraviesa el paciente de fisioterapia por lo que se sugiere seguir investigando sobre el tema.

Palabras clave: Fisioterapia, duelo, trastornos músculo-esqueléticos, adherencia, pérdida, discapacidad.

Introducción

En la actualidad hay algunos estudios que refieren que las personas que pierden la salud pasan por problemas emocionales debido al cambio que implica tener una enfermedad, y que estas emociones podrían de alguna manera estar interfiriendo en el tratamiento y recuperación. Los pacientes de fisioterapia no son la excepción ya que aunque existe poca información al respecto, también se ha observado que las emociones del paciente tienen bastante relevancia en el momento de su recuperación.

Por lo que la motivación para realizar la presente investigación consiste en la necesidad de conocer más sobre los procesos emocionales que atraviesa el paciente de fisioterapia.

La característica principal es que las personas después de perder la salud inician un proceso de diferentes emociones llamado duelo. El duelo es un proceso emocional, una reacción ante una pérdida. Está compuesto por cinco fases que son; negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Cada persona que pase por una pérdida e inicie su proceso de duelo estará inmersa en cada una de estas etapas por cierto periodo de tiempo, hasta culminar el proceso.

Para analizar esta situación es necesario mencionar que las enfermedades músculo-esqueléticas son de las afecciones que causan mayor discapacidad en las personas y éstas van en aumento cada día. En estas circunstancias las personas no solo pierden su buen estado de salud sino que debido a la discapacidad generada, muchas ocasiones se pierden los roles normales de vida, por ejemplo; las actividades laborales, deportivas, recreativas e incluso las básicas de la vida diaria.

Concretamente esta investigación consiste en identificar la fase de duelo en la que se encuentra el paciente de fisioterapia, y con esto dar la posibilidad a nuevas investigaciones.

Lo que se pretende es que el fisioterapeuta tenga el conocimiento suficiente sobre los procesos emocionales del paciente y cómo estos podrían estar influyendo en su tratamiento, al igual que obtenga las herramientas para realizar una posible intervención si es necesaria.

Capítulo 1: Objetivos

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, en su Informe sobre la Discapacidad en 2011, estima que en el mundo existen más de 1,000 millones de personas con discapacidad, que de acuerdo con estimaciones de la población mundial en el 2010 representa un 15 % de la población, y de los cuales 600 millones de ellos habitan en los países en vías de desarrollo. ⁽¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud y la OMS, mencionan que son múltiples las enfermedades y condiciones que generan discapacidad, pero que en particular las enfermedades y lesiones que afectan el sistema músculo-esquelético y al tejido conjuntivo, constituyen una de las causas más frecuentes de discapacidad. ⁽²⁾

La discapacidad constituye uno de los problemas emergentes de salud pública, que en los últimos años se ha incrementado. En México, se estima que el 6 % del total de la población padece alguna discapacidad, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México (INEGI), en el 2014, 7.1 millones de personas, sufría de alguna discapacidad severa, donde el número de mujeres con discapacidad supera al de los hombres representando 3.8 millones frente a 3.3 millones. ⁽³⁾

Las afecciones músculo-esqueléticas causan más limitaciones funcionales en la población adulta, que cualquier otro grupo de enfermedades. Son una de las principales causas de discapacidad en todos los continentes y economías. ⁽⁴⁾

El dolor, la limitación o interrupción de las actividades de la vida diaria, la incapacidad para realizar actividades deportivas o laborales; todo esto se traduce en una pérdida; una pérdida que desata procesos emocionales, como por ejemplo; depresión, angustia y ansiedad. ^{(5) (6)}

Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, el sentimiento afectivo que se tiene por lo que se ha perdido. ⁽⁷⁾

El duelo es un proceso emocional, una reacción a una pérdida. Es el reflejo de una conexión que se ha roto. Más aún, el duelo es un proceso psicológico para conseguir el bienestar emocional. ⁽⁸⁾ El duelo según Kübler Ross está compuesto por 5 etapas que son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, las cuales cada persona que pase por una pérdida e inicie su proceso de duelo estará inmerso en una de ellas hasta pasar por todas y culminar su proceso.

Lo que conlleva a formular la siguiente pregunta:

¿En qué fase del duelo se encuentran los pacientes de fisioterapia del área de ortopedia y deporte de la ENES UNAM León?

Justificación de estudio

Se ha observado en los servicios de Fisioterapia un porcentaje alto de pacientes (aproximadamente un tercio) que sufre de problemas emocionales como consecuencia de la enfermedad o lesión física. La motivación para realizar cualquier actividad en este tipo de pacientes es muy reducida.⁽⁹⁾ Está claro que una intervención que pretenda tener éxito debe trabajar con este tipo de variables.⁽¹⁰⁾

Los profesionales de la salud, están en contacto continuo con los pacientes y sus familiares, es por ello que el fisioterapeuta debe poseer conocimiento del duelo, al igual que las habilidades para el manejo de emociones y experiencias vitales con el dolor humano. Debe estar consciente de la situación y brindar la ayuda posible a las personas que pasan por el trance de perder la salud.⁽¹¹⁾

El fisioterapeuta trata en su práctica diaria con pacientes discapacitados que pueden presentar un perfil psicosocial determinado, por lo que debe conocer estas dimensiones, ya que podrían enmascarar la evolución real del tratamiento.⁽¹²⁾

Ante el desconocimiento de esta situación por parte del fisioterapeuta, de qué es lo que está pasando emocionalmente con el paciente, de su comportamiento durante el tratamiento y de si su estado emocional influye en éste. Surge la necesidad de que el fisioterapeuta tenga conocimiento no sólo del aspecto físico del paciente, sino que también adquiera conocimientos sobre los estados emocionales que se presentan ante una pérdida de la salud, como lo es el proceso de duelo.

Debido a lo ya mencionado, la falta de información sobre el proceso de duelo que viven los pacientes de fisioterapia y la importancia de que el fisioterapeuta conozca sobre el tema, surge el interés de realizar esta investigación; con el objeto de identificar la etapa de duelo por la que atraviesa el paciente, durante o después de su enfermedad, de esta manera, brindarle al fisioterapeuta un conocimiento más amplio sobre el tema y la posibilidad de realizar un mejor abordaje al paciente respecto a su tratamiento fisioterapéutico.

Objetivos del estudio

Objetivo principal:

Identificar la etapa de duelo, en los pacientes que acuden a fisioterapia del área de ortopedia y deporte de la ENES UNAM León Gto.

Objetivos secundarios

- Contribuir para que los fisioterapeutas tengan conocimiento de la etapa de duelo por la que están atravesando los pacientes y que probablemente se pueda crear un ambiente más empático entre terapeuta-paciente.
- Promover un tratamiento integral en los pacientes de fisioterapia con el fin de tratar no sólo el aspecto físico sino también emocional de los pacientes.
- Motivar a futuros fisioterapeutas para que realicen investigación acerca de los procesos emocionales en un paciente, y los factores que determinan su comportamiento durante el tratamiento.
- Proponer nuevas investigaciones que contemplen una intervención en los pacientes una vez identificada la etapa de duelo.

Capítulo 2: Antecedentes

Marco teórico

En esta investigación se han incluido los siguientes temas para sustentar teóricamente la importancia del estudio y para dar una visión más amplia del campo relacionado.

- Enfermedades músculo-esqueléticas
- Aspectos psicosociales de la discapacidad en fisioterapia
- Pérdida
- El duelo
- Modelo de cinco fases de duelo
- Duelo patológico

Enfermedades músculo-esqueléticas

Acorde al Instituto Nacional para la seguridad y salud ocupacional por sus siglas en inglés (NIOSH), las enfermedades músculo-esqueléticas comprenden “un conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas y síntomas que afectan al sistema osteomuscular y a sus estructuras asociadas, es decir, huesos, músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios y sistema circulatorio”.⁽¹³⁾

Las afecciones pueden generarse por varias causas:

Afecciones provocadas por sobreesfuerzos son de carácter accidental y producen lesiones, tales como; esguinces, tendinitis, desgarres musculares, incluso fracturas. Algunos factores que provocan realizar sobreesfuerzos físicos y por consecuencia producen lesiones, son las posturas incorrectas que por ende generan desequilibrios musculares, carga de peso excesivo y la falta de condiciones ergonómicas.⁽¹³⁾

Afecciones provocadas por esfuerzos repetitivos son el resultado de la exposición repetitiva en actividades de carga e impacto físico, tanto de baja como alta intensidad, a lo largo de un período de tiempo prolongado. Estos esfuerzos repetitivos generan micro traumatismos en los tejidos blandos que con el paso del tiempo ocasionan una lesión mayor.⁽¹³⁾

Algunas otras enfermedades que afectan al sistema músculo-esquelético están influenciadas por ciertos factores y muchas veces son de etiología desconocida, no hay una causa específica sobre su aparición pero están relacionadas al tipo de vida de la persona, como lo son; la alimentación, el ejercicio, la herencia y algunos hábitos individuales. Frecuentemente estas enfermedades son de tipo crónico y degenerativo.⁽⁴⁾

Las afecciones músculo-esqueléticas son bastante frecuentes, pueden producirse en cualquier momento y a cualquier edad, por lo que la cantidad de personas afectadas en el mundo es enorme. Son de las causas que más generan dolor y con el paso del tiempo discapacidad. Éstas no solo afectan el aspecto físico de la

persona sino que a causa de todas las limitaciones funcionales que llegan a producir también afectan el aspecto emocional. ⁽⁴⁾

El dolor es el síntoma más frecuente y molesto para la persona que sufre de alguna enfermedad músculo-esquelética. Aunque no es el único síntoma, también puede haber inflamación, pérdida o disminución de la fuerza, limitación de la movilidad, hormigueo y pérdida de la sensibilidad. ⁽¹³⁾

El padecimiento de estos síntomas, principalmente el dolor, no solo afecta las actividades físicas del individuo, si no que al mismo tiempo y por consecuencia de la limitación de los roles normales de vida, provocan un estado emocional diferente al que acostumbran cuando están en completa salud, disminuyendo su calidad de vida. ⁽¹⁴⁾

La afectación del aspecto emocional de la persona por la pérdida de la funcionalidad es una consecuencia común en las personas que padecen una enfermedad y/o discapacidad y que el profesional de la salud debe tomar en cuenta. ⁽¹⁵⁾

Las enfermedades músculo-esqueléticas actúan como un detonador de emociones en el paciente, estas pueden ser de ira, estrés, ansiedad, depresión, entre otras. Por lo que afectan y obstaculizan el tratamiento fisioterapéutico. Estas emociones que aparecen a consecuencia de las enfermedades no reciben la atención necesaria por parte del profesional de la salud, quizá por el desconocimiento de su relevancia o por no saber cómo identificarlas. ⁽¹⁶⁾

Aspectos psicosociales de la discapacidad en fisioterapia

El fisioterapeuta en su práctica diaria trata con pacientes discapacitados que pueden presentar un determinado estado emocional como consecuencia de su enfermedad. El fisioterapeuta debe tener conocimiento de estos aspectos ya que pueden tener relación o incluso influir en la evolución y resultados del tratamiento. ⁽¹²⁾

En el comienzo de la década de los ochenta, la Organización Mundial de la Salud publicó la clasificación de las consecuencias de la enfermedad, fijando los

conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, así como las relaciones entre ellos, en la denominada Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).⁽¹²⁾

La deficiencia aparece definida como “pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica y representa trastornos a nivel del órgano”.⁽¹²⁾

La discapacidad, como “restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano y representa un trastorno al nivel de la persona”.⁽¹²⁾

La minusvalía, como “la situación de desventaja para un individuo, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que se considera normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales) y refleja una interacción y adaptación del individuo al entorno”.⁽¹²⁾

En resumen, se puede decir que los tres términos están íntimamente relacionados, considerando que la deficiencia constituye lo orgánico, la discapacidad lo funcional, y la minusvalía la desventaja social.⁽¹²⁾

La integración en la sociedad de las personas con discapacidad, así como la información de los ciudadanos sobre las minusvalías constituyen problemáticas que incumben a varios sectores, uno de ellos y en el que nos encontramos inmersos es el sector salud.⁽¹²⁾

Por lo que la fisioterapia es un elemento clave para lograr una mayor calidad de vida en la población que se encuentra en esta situación. Quizás la perspectiva de un fisioterapeuta se acerca más a un modelo funcional de la discapacidad, que sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales. Y es por ello la necesidad de su intervención.⁽¹²⁾

La discapacidad muchas veces no solo es física sino también de carácter psicológico ya que cualquier afectación en el estado de salud provoca alteraciones emocionales.

Se considera fundamental conocer los factores emocionales asociados a la discapacidad ya que la aparición de ésta no sólo presenta un cambio en el estado de salud física, sino que también surgen una serie de consecuencias sociales y psicológicas que determinarán el bienestar y la respuesta al tratamiento de estos pacientes. Por tanto, el abordaje de la discapacidad no puede ser atendido únicamente desde el enfoque físico, sino también desde el emocional al igual que el social. ⁽¹²⁾

Pérdida

“Dejar de tener aquello que se posee, sea por culpa o descuido del poseedor, sea por contingencia o desgracia”. ⁽¹⁷⁾

Toda pérdida genera sufrimiento, certidumbre, desesperanza y frustración. Siempre que se enfrenta una pérdida se manifiesta el dolor y esto se debe al cambio que se presenta, al hecho de que ya no tenemos aquello que hemos perdido. ⁽⁵⁾

En fisioterapia, los pacientes se enfrentan siempre a la pérdida y esta se puede manifestar en muchas formas, por lo que a continuación se mencionan varios tipos de pérdida. ⁽⁵⁾

El primer tipo de pérdida es de carácter emocional:

- El abandono.
- El divorcio.
- La pérdida de una relación amorosa o de amistad.

En todo tipo de pérdida siempre aparece un componente emocional, pero en este caso se refiere a la pérdida de un sentimiento, algún afecto que ya no estará más con nosotros.

El segundo tipo de pérdida es de carácter material:

- Pérdida de objetos queridos, por ejemplo: joyas, cuadros, ropa.
- Pérdida de dinero.
- Pérdida de inmuebles como: una casa, vehículo de transporte, aparatos eléctricos.

En este caso la pérdida se refiere a algo tangible como las cosas materiales, y pueden ser de cualquier tipo.

El tercer tipo de pérdida es de carácter físico, la que afecta el cuerpo y la salud:

- Pérdida de salud temporal, crónica o degenerativa.
- Pérdida de algún órgano o miembro del cuerpo.
- Pérdida de juventud y vitalidad.

Este tipo de pérdida es la que nos encontramos en el servicio de fisioterapia, es la razón por la cual los pacientes acuden en busca de ayuda, tratando de recuperar su salud y regresar a ser los mismos que eran antes de perderla.

El estado emocional que produce una pérdida mantiene un vínculo con cuatro factores importantes ⁽¹⁸⁾:

El primer factor hace referencia al nivel de apego o dependencia que se mantiene con la persona, lugar u objeto perdido, y es que cada cosa tiene y se le otorga un valor distinto. No para todas las personas significa lo mismo perder el mismo objeto. ⁽¹⁸⁾

El segundo factor corresponde al tipo de pérdida, siempre existirá una enorme diferencia entre lo que significa la pérdida de un ser querido, que la pérdida de la salud, dejar una ciudad, un trabajo, la escuela o perder cosas materiales. Pero esto también dependerá del valor que le otorgue cada persona al objeto o cosa perdida. ⁽¹⁸⁾

El tercer factor es la personalidad y la forma en que se hayan procesado pérdidas anteriores. Pueden existir duelos previos no resueltos, además de una gran resistencia para enfrentar la pérdida presente. La misma personalidad ante una pérdida puede ocasionar inestabilidad emocional. ⁽¹⁸⁾

El cuarto y último factor son las circunstancias en las que se presenta una pérdida; y es que el contexto que la rodea (familia, amigos, pareja) puede aminorar o resaltar las emociones que se presenten en la persona. ⁽¹⁸⁾

En el caso de la pérdida de la salud, las consecuencias que traen el envejecimiento, los accidentes, las intervenciones quirúrgicas y la pérdida de algún órgano y/o miembro del cuerpo, producen un intenso dolor generalmente acompañado de bajo autoestima y cambios emocionales, debido a que este tipo de pérdidas afecta la autoimagen y la confianza en sí mismo. ⁽¹⁸⁾

Por lo anterior mencionado respecto a la pérdida, es viable otorgarle una especial atención al aspecto emocional en los pacientes de fisioterapia, que se ven severamente afectados cuando se enfrentan a una pérdida.

Duelo

Desde hace mucho tiempo el duelo ha estado presente en las personas, sin importar país, raza o cultura. Claramente cada persona lo ha experimentado de forma distinta y ha tratado de resolverlo con los medios disponibles del momento. Con el paso del tiempo la forma de ver el duelo se ha ido modificando, ahora la gente tiene conocimiento de que el duelo no sólo se presenta ante la pérdida de un ser querido sino que este se presenta en cualquier tipo de pérdida. ⁽¹⁹⁾

La Real Academia de la Lengua Española define el Duelo “Como dolor, lástima, aflicción o sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”. ⁽²⁰⁾

La definición indica emociones negativas (dolor, lástima, aflicción), pero es poco precisa respecto a con qué se relacionan estas emociones, ya que el duelo no se

presenta de forma espontánea sino que debe existir una pérdida para que este haga su aparición.⁽²¹⁾

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), menciona que el duelo es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido. Menciona que algunas personas que atraviesan el proceso de duelo presentan síntomas parecidos a la depresión, en los cuales se incluye la tristeza, el insomnio y la falta de apetito. Las personas a pesar de que presentan estos síntomas los consideran normales ya que saben que la pérdida que han tenido los ha ocasionado.⁽²²⁾

El DSM-V considera que el duelo es un proceso normal y no un trastorno psicológico, por lo cual no aparece en el apartado de trastornos, sin embargo considera que se debe prestar cierta atención a este proceso emocional, por lo que aparece en el apartado de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.⁽²²⁾

La clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, dentro de los factores que influyen en el estado de salud, en los problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidos las circunstancias familiares, emplea el código Z63.4 para el duelo normal (pérdida de un miembro de la familia).⁽²³⁾

Gómez Sancho menciona que “El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. También es la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución”.⁽²⁴⁾

En el duelo suelen presentarse estados de intranquilidad emocional, incómodos y dolorosos, que deben experimentarse, ya que si se reprimen pueden producir una serie de enfermedades físicas y/o emocionales”.⁽¹⁸⁾

Este proceso está compuesto de cinco etapas, las cuales cada individuo debe atravesar para completarlo. No importa el tiempo que se tarde en cada una de ellas, sin embargo, es imprescindible concluir todas. ^{(8) (24)}

Se menciona que el proceso de duelo puede durar aproximadamente 6 meses, o quizá hasta el año, sin embargo, hay que estar atentos a los síntomas para no caer en lo patológico, lo importante es transitar y resolver cada etapa hasta llegar a su final. El tiempo dependerá de cada individuo y del apego que tenía a la pérdida que le ha ocurrido. ^{(11) (25)}

Es común que las personas que han perdido el estado de salud se encuentren en un proceso de duelo. ⁽²⁶⁾

Cuando una persona pierde la salud no solamente se enfrenta al dolor o a las molestias que esta genera, sino que también se enfrenta a una serie de complicaciones y cambios en su vida. Y es que la mayoría de las veces la enfermedad acarrea otras pérdidas; como lo es perder el trabajo por ya no poder realizar las actividades que desempeñaba, perder el estatus económico por los gastos que genera la enfermedad, incluso lo más indispensable que es la independencia y la habilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Todo esto provoca que la persona inicie un proceso de duelo. ⁽¹⁹⁾

Cada persona vive su propio duelo, la forma y el tiempo como lo vivan será diferente. No hay un patrón determinado de cómo realizarlo, las diferencias dependerán de factores personales y psicosociales. Los profesionales de la salud se encuentran preocupados por estas reacciones emocionales que son parte del duelo, ya que tienen la idea de que su tratamiento puede verse afectado por esta situación. ⁽¹⁹⁾

Modelo de cinco etapas de duelo por Kübler Ross

Varios autores señalan que el modelo de duelo más conocido es el de Kübler Ross. ^{(27) (28) (29)} Ella fue pionera en temas de la muerte y el duelo, ⁽⁸⁾ escribió sobre el proceso de duelo y sus etapas en el libro “Los moribundos”, años más tarde vuelve a

escribir sobre este tema en el libro “Sobre el duelo y el dolor” dándole un enfoque más amplio a las etapas del duelo ante la pérdida. ⁽⁸⁾

Las etapas del duelo son las diferentes expresiones emocionales que se presentan durante el proceso. Estas nos ayudan a confrontar la pérdida y a expresar lo que estamos sintiendo. El modelo está compuesto por cinco etapas, a continuación se muestran en cierto orden, pero eso no significa que toda persona deba seguirlo. Cada uno lo presenta en forma y orden distinto. ⁽⁸⁾

Modelo de las cinco etapas de duelo ⁽⁸⁾:

- Negación
- Ira
- Negociación o pacto
- Depresión
- Aceptación

Negación

Negar proviene del lat. Negare. “Decir que algo no existe, no es verdad o no es como alguien cree o afirma”. ⁽³⁰⁾

En esta etapa se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad que son manifiestos para los demás. ^{(8) (31)}

La negación es la primera etapa que se describe en este modelo. Cuando se está en esta etapa muchas veces las personas se quedan paralizadas emocionalmente, y no es que desde el principio se esté negando la enfermedad, sino que aún no se puede creer lo que está sucediendo. Cuando surge un acontecimiento impactante en la vida de una persona, atraviesa un momento de confusión e

insensibilidad y esto se debe a que su psique no está preparada para la excesiva realidad. ^{(8) (31)}

La negación nos ayuda a sobrevivir la pérdida. Cuando se presenta tal evento el dolor es tan grande que muchas veces ya no se le encuentra sentido a la vida, en ese momento se niega lo que está sucediendo y no se sabe cómo reaccionar. La negación y la conmoción ayudan a afrontar la situación. Esta etapa ayuda a dosificar el dolor de la pérdida, es una manera en que la persona no afronta de golpe todo el sentimiento que se produce. ^{(8) (31)}

Este sentimiento es importante ya que es un mecanismo de protección de la psique. Dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador. No se puede creer lo que ha sucedido porque, de hecho, se es incapaz de hacerlo. ^{(8) (31)}

Esta etapa es de gran ayuda en el proceso de duelo ya que gracias a esa reacción emocional parecida a un tipo bloqueo es que podemos seguir soportando nuestra pérdida. Esta etapa ayuda a mantenernos fuertes emocionalmente, aunque nos encontremos un poco confusos entre lo real y lo que no queremos aceptar. ^{(8) (31)}

Cuando una persona empieza a cuestionarse sobre la pérdida, sin saberlo está dejando atrás la etapa de negación, para aceptar la realidad. Pero conforme se avanza en este proceso comienzan a surgir nuevos sentimientos que estaban bloqueados por esta primera etapa. ^{(8) (31)}

Ira

Término que proviene del latín (ira) “sentimiento de indignación que causa enojo”. ⁽³²⁾

La ira surge ante situaciones sociales y personales valoradas por la persona como injustas. Los sentimientos que provoca varían en el grado en el que se perciben; irritación, furia, cólera e indignación. ^{(8) (31)}

La persona está enojada por encontrarse en una situación que no esperaba, merecía ni deseaba. En este momento se encuentra molesta con todo el mundo y consigo misma, se pregunta por qué a ella y por qué no a alguien más. ^{(8) (31)}

La ira no tiene por qué ser lógica ni válida. Se puede estar enojado por no haberse dado cuenta que algo iba a pasar y, cuando sucede, porque no se pudo hacer nada para evitarlo. ^{(8) (31)}

Es una etapa necesaria en el proceso de duelo. Aunque a muchos no les guste, ya que es un sentimiento de enojo y rabia por la situación que se está viviendo. La ira es la emoción con la que más se está habituado a tratar, ya que es una emoción que se presenta constantemente en la vida. A menudo se elige para disfrazar otros sentimientos que no se quieren exponer ante los demás. ^{(8) (31)}

Lo cierto es que la ira no tiene límite, en estas circunstancias puede extenderse a nuestros amigos, familia, nosotros mismos o la persona responsable de nuestra pérdida si es que la hay. ^{(8) (31)}

Cuando una persona tiene ira producida por una pérdida, los que están a su alrededor deben permitir que la externe, se debe comprender el estado en que se encuentra y no reprobar su actitud, ya que si se intenta hacer que detenga su sentimiento, podríamos estar interviniendo en el proceso de duelo. ^{(8) (31)}

Debajo de la ira se esconde el dolor por la pérdida. Es normal sentirse desamparado y abandonado. La gente a menudo te dice que tu ira es inoportuna, inapropiada o desproporcionada. Algunas personas pueden percibirla como dura o excesiva. Pero el sentimiento es parte del proceso. ^{(8) (31)}

Negociación o pacto

Negociar proviene Del lat. *Negotiari*. “Tratar y comerciar, comprando y vendiendo o cambiando géneros, mercancías o valores para aumentar el caudal”. ⁽³³⁾

La etapa de negociación es aquella en la que la persona ya siente el dolor de la pérdida, donde está consciente del cambio y de lo que le está sucediendo. Es aquí donde se quiere realizar un intercambio, pactar esta situación a cambio de algo. ^{(8) (31)}

Antes de una pérdida, parece que se haría cualquier cosa para que ésta no llegase a suceder. Después de una pérdida, la negociación puede tomar la forma de una tregua temporal. Las personas piensan que si hacen algo bueno, tal vez, como recompensa lo que han perdido regrese. ^{(8) (31)}

En otros casos, la negociación puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una fase intermedia que procura a la psique el tiempo que necesita para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan las emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento. Nos permite creer que podemos restaurar el orden en el problema que nos rodea. ^{(8) (31)}

Cuando se tiene una pérdida la gente pacta para que lo que se ha perdido regrese, o la situación no empeore y se pierda algo más; este pacto lo podemos hacer con el médico, con nosotros mismos o con un ser supremo si la persona cree en éste. ^{(8) (31)}

Hay ocasiones en que las personas negocian lo que entorna a la pérdida, y esto puede ser que, si ya existe y no se puede cambiar, por lo menos que no sea tan difícil de soportar, que el dolor que se presente sea mínimo y que pronto toda esta red de sentimientos remita para volver a sentirse bien. ^{(8) (31)}

Las personas a menudo creen que las etapas del duelo duran semanas o meses. Olvidan que son reacciones o sentimientos que pueden durar minutos u horas mientras fluctuamos de uno a otro. No entramos ni salimos de cada etapa de una forma lineal. Podemos atravesar una, luego otra y retornar luego a la primera. ^{(8) (31)}

La negociación puede aliviar temporalmente el dolor que conlleva el duelo, y esto se debe a esa esperanza de intercambio. ^{(8) (31)}

Depresión

Deprimir proviene del lat. Deprimere “Producir decaimiento del ánimo”⁽³⁴⁾

Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. En esta etapa la persona se encuentra inmersa en una intensa tristeza, aparece una sensación de vacío y es en esta fase donde el duelo entra en la vida de las personas a un nivel más profundo.⁽⁸⁾
(31)

En esta etapa la persona no tiene ganas de levantarse de la cama para realizar sus actividades normales, la vida parece no tener sentido. El estado de ánimo es tan bajo que no se encuentra alguna razón para seguir adelante.⁽⁸⁾ (31)

La pérdida de algo querido te lleva a una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse deprimido tras perder algo que se quiere.⁽⁸⁾ (31)

A pesar de ser normal, el sentimiento de depresión que acompaña el duelo, suele ser visto en nuestra sociedad como algo que conviene evitar. Por supuesto, una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento del estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso emocional de protección.⁽⁸⁾ (31)

Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. Cuando se está consciente de que se atraviesa una depresión es posible que la primera respuesta sea resistirse y buscar una salida, pero no se debe hacer esto, ya que bloquear el sentimiento o no permitirse vivirlo alterará el proceso de duelo.⁽⁸⁾ (31)

Por difícil que parezca, es posible manejar la depresión. Las personas deben permitir que la tristeza y el vacío las ayuden a explorar por completo la pérdida. Cuando se permitan experimentar la depresión, ésta desaparecerá en cuanto haya cumplido su propósito. Es posible que vuelva de vez en cuando, pero así es como funciona el duelo.
(8) (31)

Aceptación

Aceptar proviene del lat. *Acceptare* “Recibir voluntariamente o sin oposición lo que se da, ofrece o encarga”⁽³⁵⁾

La aceptación suele confundirse con la noción de sentirse bien o estar de acuerdo con lo que ha pasado, pero no es eso. En esta etapa, se acepta la realidad de que se ha perdido algo valioso y se reconoce que dicha realidad es permanente. Nunca gustará esta situación ni se estará de acuerdo, pero al final, se acepta. En esta etapa se aprende a vivir con la pérdida. Ahora es cuando la readaptación y curación pueden afianzarse con firmeza.^{(8) (31)}

Es probable que al principio haya resistencia a esta nueva situación y se quiera mantener la vida tal y como era antes de la pérdida. Sin embargo, las cosas han cambiado para siempre y debe haber una readaptación. Se debe aprender a reorganizar roles, asignándoles a otras personas o adaptándose a sí mismos.^{(8) (31)}

La aceptación no consiste en que te guste una situación. Consiste en ser consciente de todo lo que se ha perdido y en aprender a vivir con dicha pérdida.^{(8) (31)}

Esta etapa puede tardar en llegar semanas o meses, muchas veces más de lo que imaginamos, pero siempre se llega a ella.^{(8) (31)}

Nunca se podrá reemplazar lo que se ha perdido, pero se pueden establecer nuevos contactos, nuevas relaciones importantes, nuevas interdependencias.^{(8) (31)}

Duelo patológico

Ya se ha mencionado que el duelo es un proceso emocional normal después de padecer una pérdida, sin embargo, hay ocasiones en las que el duelo se intensifica y pasa de lo normal a un proceso que requiere de atención especializada. Es por ello que se debe conocer la diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico.^{(36) (21)}

En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se hace referencia a las reacciones anormales de

duelo como “duelo patológico”, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso hacia su resolución. ⁽²⁵⁾

La línea que separa el duelo normal del duelo patológico puede resultar muy fina y se requiere tener unos criterios claros y útiles en el diagnóstico para poder decidir e intervenir psicológicamente. ⁽³⁶⁾

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor normal se prolonga considerablemente en el tiempo, cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa de la persona, cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria. ⁽²⁵⁾

El duelo patológico no se incluye en la Clasificación del DSM-V, sin embargo, en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, señala la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal y que pueden ser útiles en la diferenciación con el trastorno depresivo mayor. ⁽²²⁾

Entre estos se incluyen:

- 1) La culpa por las cosas
- 2) Pensamientos de muerte
- 3) Sentimiento de inutilidad
- 4) Enlentecimiento psicomotor
- 5) Deterioro funcional
- 6) Alucinaciones ⁽³⁷⁾ ⁽²²⁾

La clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, utiliza los trastornos de adaptación F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos. ⁽²³⁾

Trastornos de adaptación: “Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño

sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante”.⁽²³⁾

Estado actual del conocimiento

En esta sección se muestra la información obtenida en la literatura científica acerca del tema. La búsqueda fue realizada en las siguientes bases de datos: PubMed, ELSEVIER, Dialnet, SciELO y PEDro (Physiotherapy Evidence Database).

Los temas incluidos son:

- Adherencia al tratamiento de fisioterapia
- El fisioterapeuta y su función
- Fases del duelo en fisioterapia

Adherencia al tratamiento de fisioterapia

Uno de los mayores problemas que afectan a los profesionales de la salud es la falta de seguimiento de las prescripciones en los tratamientos.⁽⁹⁾

Se puede describir la adherencia a un tratamiento como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido. Se habla de adherencia cuando el paciente cumple de forma adecuada con las instrucciones que el terapeuta le ha dado.⁽⁹⁾

El término de adhesión terapéutica hace referencia a cualquier tipo de tratamiento, farmacológico o no farmacológico, así como a los cambios en el estilo de vida necesarios para mejorar la salud y la eficacia de los tratamientos de salud. La falta de adhesión repercute en los índices de mortalidad y morbilidad, siendo un problema socio-sanitario y socio-económico de alta relevancia en la actualidad.⁽³⁸⁾

Se ha observado en los servicios de Fisioterapia un porcentaje alto de pacientes que sufre cambios emocionales como secuelas de la lesión o enfermedad. En este tipo de pacientes su motivación para realizar cualquier actividad es muy reducida, por lo que su adherencia al tratamiento fisioterapéutico se ve afectada. ⁽¹⁰⁾

Los diferentes cambios de emociones que presenta el paciente al acudir a terapia, son emociones de enojo, coraje y tristeza, que posiblemente pertenecen al proceso de duelo por el que están atravesando. Esta situación alerta al fisioterapeuta, ya que se piensa que estos estados emocionales podrían provocar que el paciente esté rechazando el tratamiento. ⁽²⁸⁾

La mayoría de las prescripciones que dan los profesionales en Fisioterapia, suponen un esfuerzo físico por parte del paciente. La intención del tratamiento obviamente no es provocar más dolor del que ya se tiene, pero la mayoría de los ejercicios de la terapia generan cansancio y fatiga, lo que el paciente suele confundir con dolor. Esto por consecuencia y debido al estado de ánimo ocasiona que el paciente no cumpla con la totalidad de su tratamiento. ⁽⁹⁾

Tener en cuenta el estado motivacional del paciente, la relación entre el terapeuta y el paciente, analizar la vida del paciente y adaptar las instrucciones a ella y la aceptación de que su actitud es parte importante en el tratamiento, parece que mejora considerablemente el cumplimiento de la prescripción. ⁽⁹⁾

El fisioterapeuta y su función

De acuerdo a la AMEFI “Fisioterapia es la profesión del área de la salud, cuyo propósito principal es la promoción óptima de la salud y la función, incluyendo la generación y aplicación de principios científicos en el proceso de examinación, evaluación, diagnóstico, pronóstico funcional e intervención fisioterapéutica para prevenir, desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y capacidad funcional durante todo el ciclo de vida”. ⁽³⁹⁾

Acorde a la WCPT “Los fisioterapeutas proporcionan servicios que desarrollan, mantienen y restauran el máximo movimiento y la capacidad funcional de las personas. Ellos pueden ayudar a las personas en cualquier etapa de la vida, cuando el movimiento y la función están amenazados por el envejecimiento, lesiones, enfermedades, trastornos, condiciones o factores ambientales”.⁽⁴⁰⁾

La WCPT menciona que “los fisioterapeutas ayudan a las personas a maximizar su calidad de vida, mirando la integridad física, psicológica, emocional y social. Ellos trabajan en las esferas de salud de promoción, prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación”. Por lo que este concepto nos deja claro que el fisioterapeuta como profesional de la salud tiene una visión global acerca del paciente, y que el aspecto emocional no queda fuera.⁽⁴⁰⁾

Los fisioterapeutas son calificados profesionalmente para⁽⁴⁰⁾:

- Realizar una evaluación integral del paciente.
- Formular un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- Determinar cuándo el paciente requiere ser derivado a otro profesional de la salud.
- Implementar un programa de intervención fisioterapéutica.
- Determinar los resultados de las intervenciones.

Entre las aptitudes y funciones del fisioterapeuta observamos que se encuentra la importancia que se le debe dar al aspecto psicológico. Como se había mencionado anteriormente el paciente fisioterapéutico muchas veces presenta un componente emocional y es aquí donde el fisioterapeuta debe tener el conocimiento para abordarlo o en su caso la determinación para referirlo a otro profesional.^{(40) (41)}

El trabajo del fisioterapeuta es muy importante ya que es uno de los profesionales de la salud que mayor contacto tiene con el paciente. La relación que se da entre ambos le da al fisioterapeuta la oportunidad y la posibilidad de tener un mejor conocimiento emocional sobre el paciente.⁽⁴²⁾

La sesión de fisioterapia es un espacio donde el terapeuta y el paciente conversan y se interrelacionan, de esta manera el fisioterapeuta se gana la confianza del paciente provocando que éste exprese sus emociones y preocupaciones si es que las tiene. ⁽⁴³⁾

El fisioterapeuta para no intervenir en el proceso emocional del paciente puede realizar una función de acompañamiento, la cual será idónea para el paciente, esta ayudará a establecer una conexión y permitirá que el paciente vaya eliminando ciertas tensiones no solo emocionales sino también físicas. ⁽⁴²⁾

Una vez que el fisioterapeuta pueda identificar las emociones del paciente, puede ayudarle a canalizarlas y controlarlas, para que puedan evolucionar mucho mejor durante la rehabilitación. ⁽⁴²⁾

Muchas ocasiones los pacientes se empiezan a desanimar del tratamiento porque ven que es largo y no tan rápido como ellos quisieran, en ocasiones llegan a abandonarlo. Es aquí donde el fisioterapeuta debe crear un círculo de motivación y optimismo para que el paciente no deje su tratamiento. ⁽⁴³⁾

Fases del duelo en fisioterapia

A continuación, se presenta una comparación de las emociones que la persona refleja en cada fase de duelo y su posible comportamiento al acudir a fisioterapia. Dichos ejemplos de equiparabilidad serán una herramienta más para la identificación de la fase del duelo en la que se encuentra el paciente.

Aspectos de la persona en fase de negación y su comportamiento en fisioterapia. ^{(8) (31)}
(26)

Negación	Fisioterapia
<p>La negación es un estado en donde la persona rechaza admitir o creer en la verdad, ésta puede ser verbal o puede ocurrir con un determinado comportamiento.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estado de bloqueo emocional• No aceptar que se tiene un problema.• Invalidación de la información.• Apatía frente a la situación.• Se muestra la emoción contraria a la que siente.• Rechazo a hablar del problema.• Aislamiento de la sociedad o de las personas que saben que tiene el problema.• Miedo• Vivir de ilusiones.	<p>En fisioterapia se pueden observar algunos comportamientos de los pacientes que son equiparables a las características de un individuo en fase de negación.</p> <p>Comportamiento en fisioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rechazo del diagnóstico médico y fisioterapéutico• No ingresar a terapia después de la valoración.• No realiza el tratamiento en casa.• No cuidarse (seguir realizando actividades que están contraindicadas).• Muestra desinterés por el tratamiento.• Evade hablar de la enfermedad.• Finge no sentir dolor.• Busca otro diagnóstico.

Ira

La ira es un estado emocional donde se produce un sentimiento de enojo e indignación, sea para nosotros mismos u otras personas.

Características:

- Aislamiento social
- Hacer corajes por todo
- Mal humor constante
- Agresividad
- Fastidio hacia las actividades
- Aversión a todo
- Mostrar intolerancia
- Desesperación
- Resentimiento
- Actitud de desprecio
- Llorar por coraje

Fisioterapia

En fisioterapia se pueden observar algunos comportamientos de los pacientes que son equiparables a las características de un individuo en fase de ira.

Comportamiento en fisioterapia:

- Mantenerse callado o retraído durante la terapia
- Mostrarse agresivo o de mal humor al expresarse
- Realiza el ejercicio de forma agresiva
- No presta atención a las indicaciones
- No realiza el tratamiento en casa
- Se muestra incómodo y hostil al tratamiento
- Se queja por todo
- Se muestra impaciente por los resultados

Aspectos de la persona en fase de negociación o pacto y su comportamiento en fisioterapia. ⁽⁸⁾ ⁽³¹⁾ ⁽²⁶⁾

Negociación o pacto

La negociación es aquella en la que la persona ya siente el dolor de la pérdida, donde está consciente del cambio y de lo que le está sucediendo. Es aquí donde se quiere realizar un intercambio, pactar esta situación a cambio de algo diferente.

Características:

- Prometer ser mejor persona a cambio de algo
- Estar dispuesto a todo(hacer lo que corresponde)
- Cuidarse más
- Apelación a un ser supremo (Depende de las creencias individuales)
- Disposición a asumir riesgos
- Se busca hacer un trato
- Actitud positiva
- Posición de intercambio

Fisioterapia

En fisioterapia se pueden observar algunos comportamientos de los pacientes que son equiparables a las características de un individuo en fase de negociación.

Comportamientos en fisioterapia:

- Se trata de negociar con el terapeuta (Si realizo todos los ejercicios en casa, ¿en cuánto tiempo estaré bien? Si sigo todas las indicaciones ¿volveré a realizar mis actividades normales?)
- Realiza los ejercicios del tratamiento más veces de lo indicado
- Realiza actividades que están contraindicadas en ese momento como parte del intercambio
- Busca varias alternativas de tratamiento
- Muestra optimismo al tratamiento
- Se muestra amable

Aspectos de la persona en fase de depresión y su comportamiento en fisioterapia. ⁽⁸⁾ ⁽³¹⁾ ⁽²⁶⁾ ⁽⁴⁴⁾

Depresión

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado.

Características:

- Pérdida de placer en sus actividades favoritas
- Sentimientos de desesperanza y abandono
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales
- Dificultad para concentrarse
- Sentimientos de inutilidad y culpa
- Cansancio y falta de energía
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño
- Bajo estado de ánimo
- Pérdida del apetito

Fisioterapia

En fisioterapia se pueden observar algunos comportamientos de los pacientes que son equiparables a las características de un individuo en fase de depresión.

Comportamiento en fisioterapia:

- Expresiones verbales de desesperanza
- Mostrarse callado o retraído durante la terapia
- Llorar durante la terapia
- Demostraciones de desánimo por su recuperación
- No realiza tratamiento en casa
- Faltar a la terapia por desinterés
- Falta de energía durante el ejercicio terapéutico
- Expresión facial de tristeza
- Pérdida notable de peso

Aspectos de la persona en fase de aceptación y su comportamiento en fisioterapia. ⁽⁸⁾ ⁽³¹⁾ ⁽²⁶⁾

Aceptación

La aceptación consiste en ser consciente de todo lo que se ha perdido y en aprender a vivir con dicha pérdida.

Características:

- Ser fuerte frente a la situación
- Tomar las cosas como son
- Madurez
- Quererse tal y como se es
- Asumir el cambio
- Adaptación a la nueva realidad
- Disfrutar nuevamente de alegrías cotidianas
- Superación de las barreras emocionales
- Actitud positiva
- Estar en paz y armonía con uno mismo y las situaciones que se presentan
- La vida comienza a tener sentido

Fisioterapia

En fisioterapia se pueden observar algunos comportamientos de los pacientes que son equiparables a las características de un individuo en fase de aceptación.

Comportamientos en fisioterapia:

- Ir al fisioterapeuta
- Realizar su tratamiento de forma adecuada y continua
- Cumplir las indicaciones del terapeuta
- Cuidarse (evitar acciones que perjudiquen más su estado de salud)
- Apariencia de tranquilidad y optimismo
- Hablar de la enfermedad sin ningún problema
- Adaptación a los cambios que confiere el estado de salud
- Mostrar paciencia al tratamiento

Capítulo 3: Metodología de la Investigación

Enfoque de la investigación

Acorde a Hernández, el presente estudio es de tipo cuantitativo, exploratorio, no experimental y transversal. ⁽⁴⁵⁾

Población

La población comprende a los pacientes que acuden al área de ortopedia y deporte de la clínica de fisioterapia en la Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM, ubicada en León Guanajuato.

Muestra

La muestra utilizada en la presente investigación es no probabilística por conveniencia.

La muestra está integrada por aquellos pacientes que acuden al área de ortopedia y deporte de la clínica de fisioterapia. Está compuesta por todos aquellos que aceptaron participar en el estudio después de una invitación directa y que cumplieron con los criterios de inclusión, al igual de exentar los criterios de exclusión. De los 146 pacientes entrevistados se descartaron 6 que no cumplieron con los criterios, por lo que la muestra quedó integrada por 140 pacientes.

Criterios de inclusión

- Personas que padezcan alguna enfermedad músculo-esquelética y asistan al servicio de fisioterapia de la ENES UNAM León, específicamente al área de ortopedia y deporte.

- Pacientes con edad de 18 a 59 años.
- Aceptar voluntariamente formar parte del estudio.
- Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Pacientes con alteraciones cognitivas y de la memoria.
- Pacientes con ceguera, sordera y/o mudez.

Criterios de eliminación

- Paciente que no haya querido continuar con la entrevista.
- Cuestionarios incompletos.

Límites

Límites temporales

La investigación se llevará a cabo en el mes de octubre del 2018. (*Anexo 1. Cronograma de actividades*)

Límites espaciales

La investigación se desarrollará en la clínica de fisioterapia de la Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM, ubicada en León Guanajuato. En el área de ortopedia y deporte

Límites conceptuales

Fisioterapia:

Acorde a la AMEFI “Fisioterapia es la profesión del área de la salud, cuyo propósito principal es la promoción óptima de la salud y la función incluyendo la

generación y aplicación de principios científicos en el proceso de examinación, evaluación, diagnóstico, pronóstico funcional e intervención fisioterapéutica para prevenir, desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y capacidad funcional durante todo el ciclo de vida”.⁽³⁹⁾

Enfermedades músculo-esqueléticas:

Acorde al Instituto Nacional para la seguridad y salud ocupacional por sus siglas en inglés (NIOSH), las enfermedades músculo-esqueléticas comprenden un conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas y síntomas que afectan al sistema osteomuscular y a sus estructuras asociadas, es decir, huesos, músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios y sistema circulatorio.⁽¹³⁾

Pérdida:

“Dejar de tener aquello que se posee, sea por culpa o descuido del poseedor, sea por contingencia o desgracia”.⁽¹⁷⁾

Duelo:

El duelo es un proceso emocional, una reacción a una pérdida. Es el reflejo de una conexión que se ha roto. Más aún, el duelo es un proceso psicológico para conseguir el bienestar emocional.⁽⁸⁾ El duelo según Kübler Ross está compuesto por 5 etapas que son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, las cuales cada persona que pase por una pérdida e inicie su proceso de duelo estará inmerso en una de ellas hasta pasar por todas y culminar su proceso.

Herramientas de trabajo

A continuación se presenta el instrumento utilizado para la realización del estudio.

- Cuestionario para identificar la etapa de duelo. (*Anexo 2. EFD-66*)⁽²⁶⁾

Hernández menciona que “el cuestionario es tal vez el instrumento más utilizado para recolectar datos. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”.⁽⁴⁵⁾

Este instrumento fue seleccionado porque permite identificar las fases de duelo ante situaciones de pérdida de la salud. El cuestionario está basado en las cinco etapas del modelo de duelo descrito por Kübler Ross, por lo que se considera adecuado para este estudio.

En este estudio se utilizará un cuestionario de preguntas cerradas (escala Likert), cuenta con 66 afirmaciones en el cual el entrevistado tendrá 5 alternativas de respuesta

Los 66 interrogantes están divididos en las 5 etapas de las cuales pertenecen:

- 15 – Negación (1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66)
- 12 – Ira (2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56)
- 12 – Negociación (3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57)
- 12 – Depresión (4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58)
- 15 – Aceptación (5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65)

Las etapas de 15 interrogantes tendrán una puntuación mínima de 15 a una máxima de 75 y las etapas de 12 interrogantes su mínima será 12 y la máxima 60. Se realizará una regulación de puntaje entre las 5 etapas para que no altere la diferencia de interrogantes. La etapa que resulte con mayor puntuación será la etapa de duelo en la que se encuentre el paciente.

Los cuestionarios serán aplicados en una entrevista personal por parte del investigador al paciente.

Procedimiento

Para comenzar con el estudio se le entregará una carta de solicitud al encargado del área de ortopedia y deporte con la petición de autorización para poder realizar el estudio en los pacientes del área a cargo.

El cuestionario se aplicará durante el mes de octubre del 2018 en un horario de 10:00 am a 6:00 pm.

Las encuestas serán aplicadas a los pacientes de fisioterapia de la ENES UNAM en León Guanajuato, específicamente a los pacientes del área de ortopedia y deporte. Algunas encuestas se realizarán dentro de los cubículos de ortopedia y otras en la sala de espera, esto dependiendo de la facilidad del paciente y sobre todo respetando su privacidad.

Se abordará a cada paciente preguntando si puede ayudar a contestar una encuesta, con el motivo de investigación sobre el tema determinado. Se le expondrán los motivos y el propósito de ésta, al igual que entregarle un consentimiento informado para que lo firme si acepta la entrevista.

Después de su permiso y aprobación se aplicará el cuestionario (escala tipo Likert), este cuestionario será presentado al paciente en físico. La información recabada en los cuestionarios se irá capturando en el programa de Excel diariamente después de finalizar las entrevistas.

Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo	Escala	Definición operacional
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento	Cuantitativa independiente	De razón	El tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento del análisis. Se mide en años.
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo	Cualitativa independiente	Nominal	Diferencia entre hombre y mujer
Fase de duelo	Estado emocional de una persona ante una pérdida	Cualitativa independiente	Nominal	Proceso psicológico. Se mide por cuestionario
Tiempo de la enfermedad	Periodo que tiene un individuo enfermo o lesionado	Cuantitativa independiente	De razón	Periodo que la persona tiene lesionada. Se mide en meses
Tiempo de tratamiento	Periodo de un individuo en tratamiento de fisioterapia	Cuantitativa independiente	De razón	Periodo en tratamiento. Se mide en meses
Cumplimiento de tratamiento en casa	Realización de los ejercicios terapéuticos en casa	Cuantitativa independiente	Nominal	Realización de tratamiento de fisioterapia. Se midió con escala del 1 al 5
Zona de la enfermedad	Área del cuerpo que se encuentra afectada	Cuantitativa independiente	Nominal	Clasificación de zona afectada dividida en miembros inferiores, miembros superiores y columna

Aspectos éticos

El presente estudio de investigación se apega a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos.

Del artículo 13.- En esta investigación en la que el ser humano es sujeto de estudio, prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Del artículo 14, fracción V.- El estudio se llevará a cabo solamente con el consentimiento informado del sujeto de investigación o su representante legal. Fracción VIII. Se realizará cuando se tenga la autorización del titular a cargo del área de estudio.

Del artículo 16.- Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Del artículo 17, fracción I.- Esta es una investigación sin riesgo, se emplean técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios y entrevistas.

Del artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Yo, José Adrián López Moctezuma declaro no tener conflicto de interés en la realización del estudio y no recibiré alguna remuneración económica por este concepto de investigación.

Capítulo 4: Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes de ortopedia y deporte en fisioterapia, durante el periodo del mes de octubre del 2018.

La muestra que se obtuvo fue de 140 participantes después de descartar a 6 que no cumplieron con los criterios de inclusión.

En el anexo 3 se encuentra el conglomerado de los datos recabados en la investigación (base de datos) y a continuación se explican y se representan en forma de tablas y gráficas, manifestando lo siguiente:

- Género
- Edad
- Tiempo de lesión
- Tiempo en el tratamiento de fisioterapia
- Adherencia al tratamiento de fisioterapia
- Clasificación por zona de lesión
- Fase de duelo

Análisis por género

Representado el género de los pacientes en la tabla I “Género de pacientes entrevistados”. Se da como resultado: 74 pacientes del género femenino y 66 pacientes del género masculino lo que conforman un total de 140 pacientes.

El valor porcentual en el gráfico I “Porcentual de género de pacientes” da como resultado: 53% pacientes del género femenino y 47% del género masculino, lo que conforma un total del 100%. Indicando una mayor prevalencia del género femenino.

Tabla I. Género de pacientes entrevistados

Género	No. de pacientes
Masculino	66
Femenino	74
Total	140

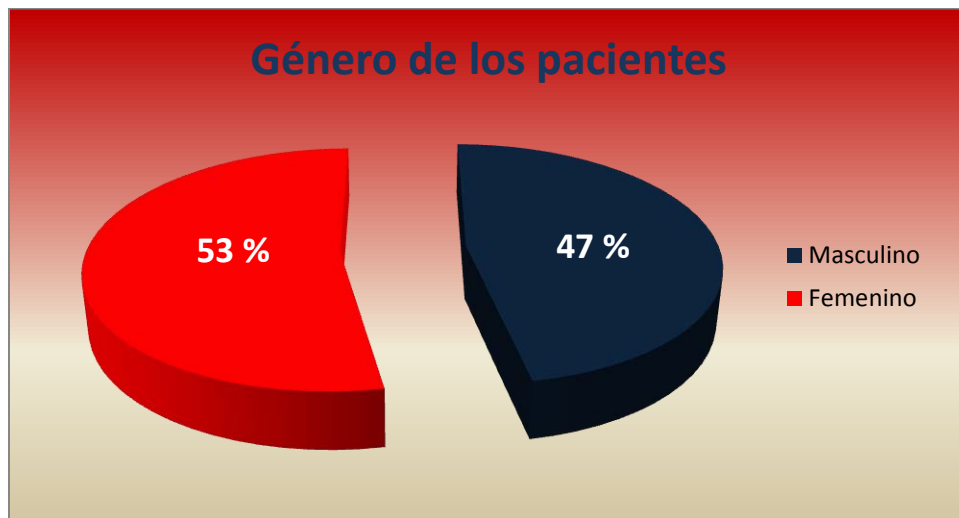


Gráfico I. Porcentual de género de los pacientes entrevistados

Análisis por rangos de edad

Representada la edad de los pacientes por rangos en la tabla II “Edad de pacientes entrevistados” se da como resultado: en el rango de 18 a 20 años: 26 pacientes, en el rango de 21 a 30: 36 pacientes, en el rango de 31 a 40: 21 pacientes, en el rango de 41 a 50: 27 pacientes y en el rango de 51 a 59: 30 pacientes, lo que dan un total de 140 pacientes.

El valor porcentual representado en el gráfico II “Porcentual de rango de edad de entrevistados” da como resultado para el rango de 18 a 20: 19%, en el rango de 21 a 30: 26%, en el rango de 31 a 40: 15%, en el rango de 41 a 50: 19%, y para el rango de 51 a 59: 21%. Con un porcentaje más alto el rango de edad entre 21 y 30 años.

Tabla II. Edad de pacientes entrevistados

Grupo de edad	No. de pacientes
18 - 20	26
21 - 30	36
31 - 40	21
41 - 50	27
51 - 59	30
Total	140

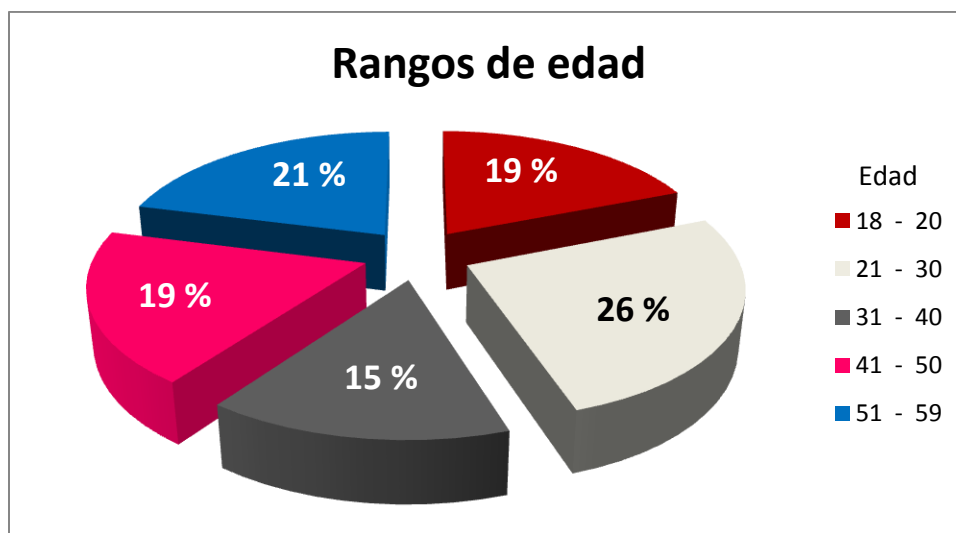


Gráfico II. Porcentual de rango de edad de los pacientes entrevistados

Análisis de tiempo de enfermedad

El tiempo de enfermedad que tienen los pacientes que asisten a fisioterapia se clasificó por meses. Representado en la tabla III “Tiempo de la enfermedad” da como resultado mayor prevalencia de pacientes a los que se encuentran con 4 meses de tiempo de enfermedad.

El valor porcentual representado en el gráfico III “Porcentaje de tiempo de enfermedad” da como resultado con el porcentaje más alto (14%) los pacientes que tienen 4 meses de tiempo de enfermedad.

Tabla III. Tiempo de enfermedad

Tiempo de enfermedad en meses	No. de pacientes
1	7
2	15
3	17
4	20
5	9
6	10
7	2
8	9
9	5
10	3
11	2
12	7
13 - 24	13
25 - 36	10
37 - 48	2
49 o más	9
Total	140

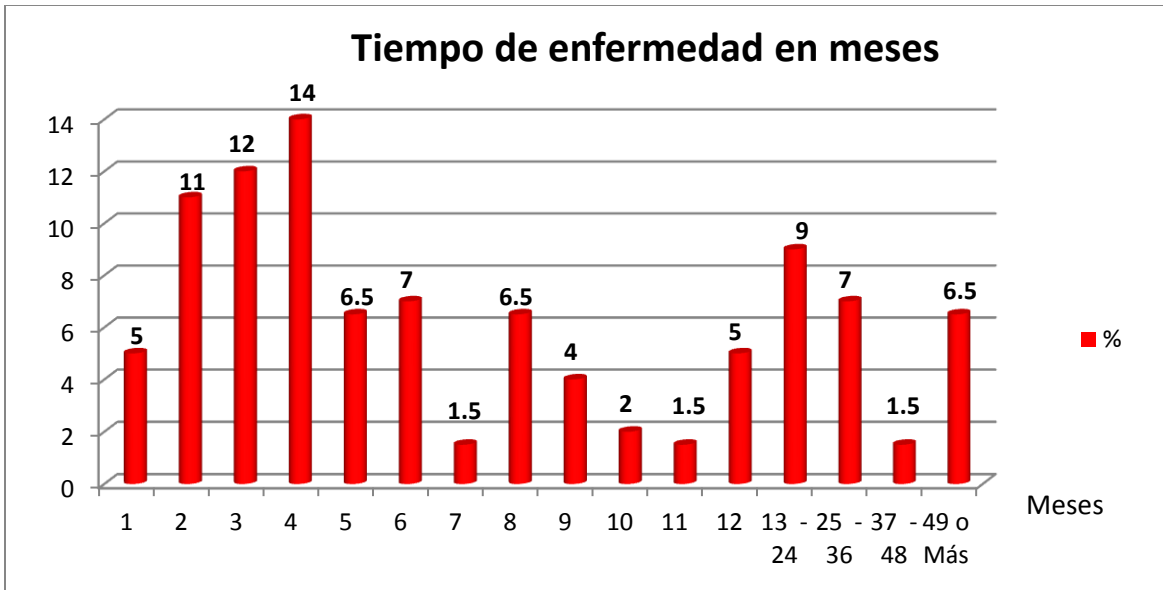


Gráfico III. Porcentual del de tiempo de enfermedad

Análisis de tiempo en tratamiento de fisioterapia

El tiempo que los pacientes tienen en fisioterapia se clasificó por semanas y meses. Representado en la tabla IV “Tiempo en tratamiento de fisioterapia” da como resultado que hay mayor prevalencia de pacientes a los que se encuentran con un mes de tratamiento en fisioterapia.

El valor porcentual representado en el gráfico IV “Porcentual de tiempo en tratamiento de fisioterapia” da como resultado con el porcentaje más alto (39%) los pacientes que llevan un mes de tratamiento en fisioterapia.

Tabla IV. Tiempo en tratamiento de fisioterapia

Tiempo de fisioterapia	No. de pacientes
1 semana	6
2 semanas	19
1 meses	55
2 meses	40
3 meses	8
7 meses	1
8 meses	4
11 meses	1
12 meses	4
13-24 meses	2
Total	140

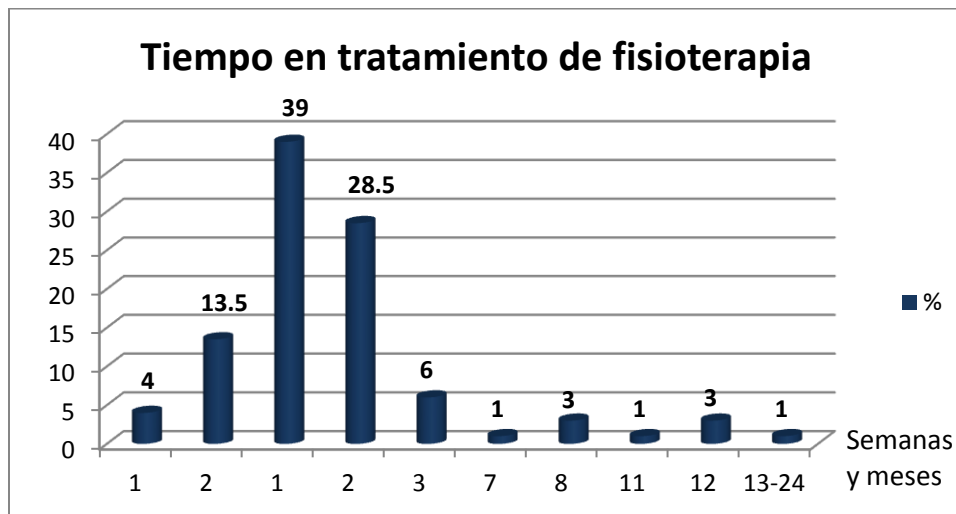


Gráfico IV. Porcentual de tiempo en tratamiento de fisioterapia

Análisis por clasificación de zona de enfermedad

Para la interpretación de enfermedades por las que acuden los pacientes a fisioterapia se realizó una clasificación según la localización del área afectada. Representado en la tabla V “Clasificación por enfermedad” da como resultado para miembro superior: 25 pacientes, para miembro inferior: 66 pacientes y para Columna: 49 pacientes, lo que conforma el total de 140.

El valor porcentual representado en el gráfico V “Clasificación de enfermedad” da como resultado para las enfermedades de miembro superior: 18 %, para miembro inferior 47 % y para columna 35 %, con mayor prevalencia de enfermedad en miembro inferior.

Tabla V. Clasificación por zona de enfermedad

Clasificación de enfermedad	No. de pacientes
Miembro superior	25
Miembro inferior	66
Columna	49
Total	140

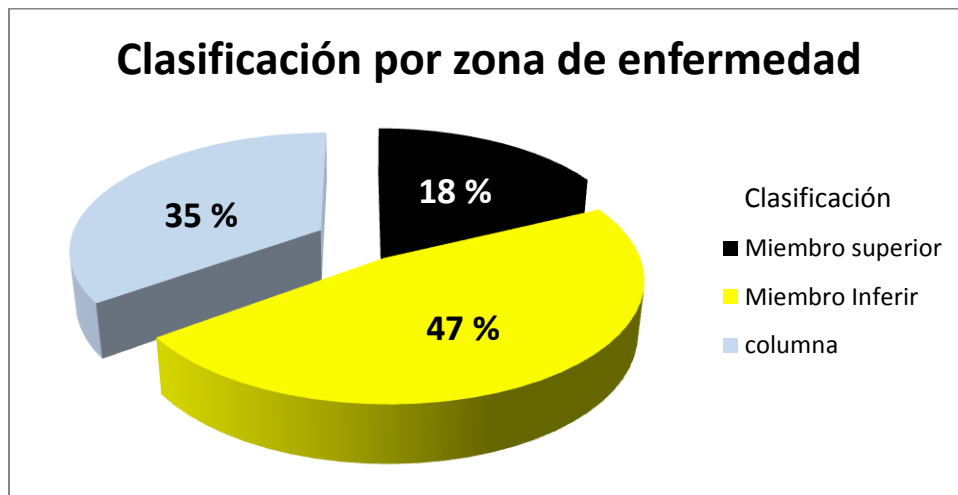


Gráfico V. Porcentual de clasificación por zona de enfermedad

Análisis de la adherencia al tratamiento de fisioterapia

Para la interpretación de la adherencia al tratamiento se usó una escala del uno al cinco como se muestra en la tabla VI “Adherencia al tratamiento de fisioterapia” que da como resultado, que la mayor prevalencia de pacientes se encuentra en “siempre”, lo que significa que estos pacientes cumplen completamente con su tratamiento.

El valor porcentual representado en la gráfica VI “Porcentual de la adherencia al tratamiento de fisioterapia” da como resultado con el porcentaje más alto (46%) a los pacientes que siempre cumplen con su tratamiento.

Tabla VI. Adherencia al tratamiento de fisioterapia

Realiza tratamiento	No. de pacientes
Nunca	7
Casi nunca	5
A veces	22
Casi siempre	41
Siempre	65
Total	140

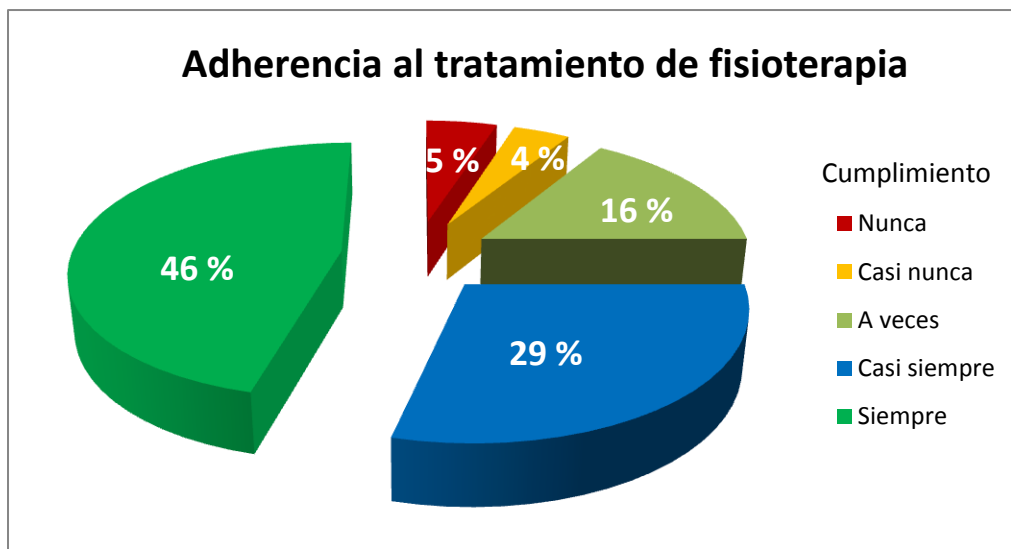


Gráfico VI. Porcentual de la adherencia al tratamiento de fisioterapia

Análisis fases del duelo

Después de identificar en qué fase de duelo se encuentra cada paciente entrevistado, representado en la tabla VII “Pacientes por fase de duelo” se da como resultado que la menor prevalencia de pacientes se encuentra en las fases de ira y depresión con sólo 3 y 3 pacientes respectivamente. Y la mayor prevalencia se encuentra en aceptación con 90 pacientes.

El valor porcentual representado en la gráfica VII “Fases de duelo” da como resultado que el 2% se encuentra en la fase de ira, el 2% en depresión, el 4.5% en negación, el 27% en pacto y 64.5 % en aceptación. Por lo que la fase que más prevalece es aceptación.

Tabla VII. Pacientes por fase de duelo

Fase de duelo	No. de pacientes
Negación	6
Ira	3
Pacto	38
Depresión	3
Aceptación	90
total	140

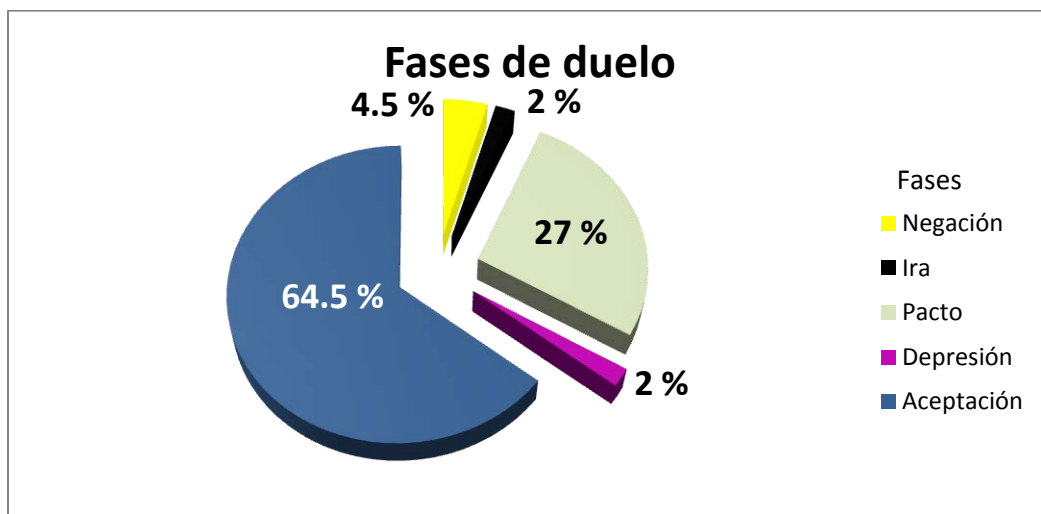


Gráfico VII. Porcentual de fases del duelo en los pacientes

Análisis de fases del duelo por género

Se representa en la tabla VIII “Fases del duelo por género” y en la gráfica VIII “Porcentual de fases del duelo por género” a los pacientes entrevistados clasificados por género y por la fase del duelo en la que se encuentran. Para las fases de negación, ira, pacto y depresión prevalece el género femenino, y para la fase de aceptación prevalece el género masculino.

Tabla VIII. Fases del duelo por género

Fase	Femenino	Masculino	Total
Negación	4	2	6
Ira	2	1	3
Pacto	24	14	38
Depresión	3	0	3
Aceptación	41	49	90
Total	74	66	140

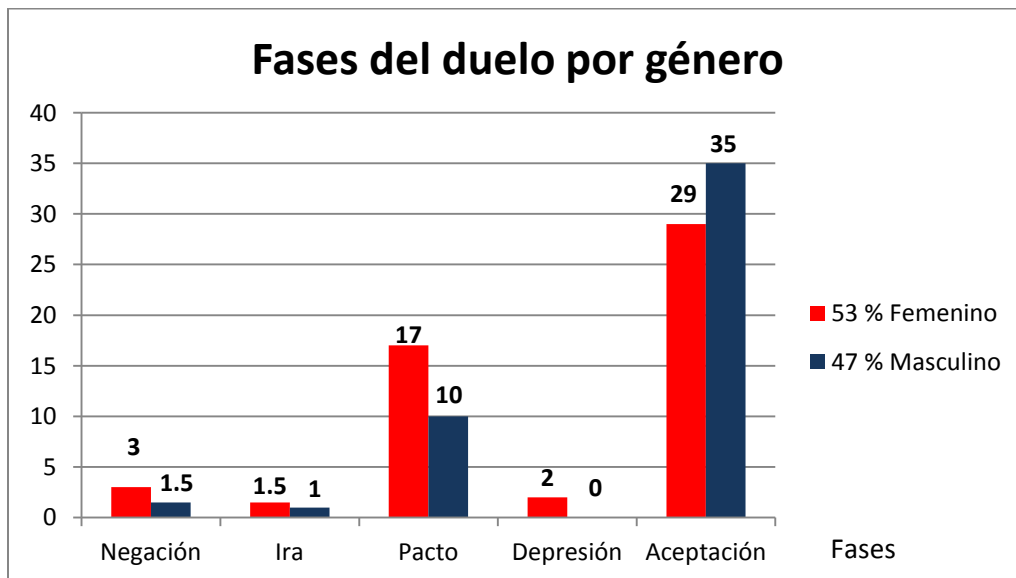


Gráfico VIII. Porcentual de fases del duelo por género

Análisis de fases del duelo por rangos de edad

Se representa en la tabla IX “Fases del duelo por rangos de edad” y en la gráfica IX “Porcentual de fases del duelo por rangos de edad” a los pacientes entrevistados clasificados por rangos de edad y por la fase del duelo en la que se encuentran. Por lo que se obtuvo que para todos los rangos de edad la mayor prevalencia se encuentra en la fase de aceptación, y le continúa con un número importante de pacientes el rango de 31 a 40, 41 a 50 y 51 a 59 que se encuentran en la fase de pacto.

Tabla IX. Fases del duelo por rangos de edad

Grupo de edad	Negación	Ira	Pacto	Depresión	Aceptación	No. de pacientes
18 - 20	2	1	1	1	21	26
21 - 30	2	1	5	1	27	36
31 - 40	1	0	8	0	12	21
41 - 50	1	1	10	0	15	27
51 - 59	0	0	14	1	15	30
Total	6	3	38	3	90	140

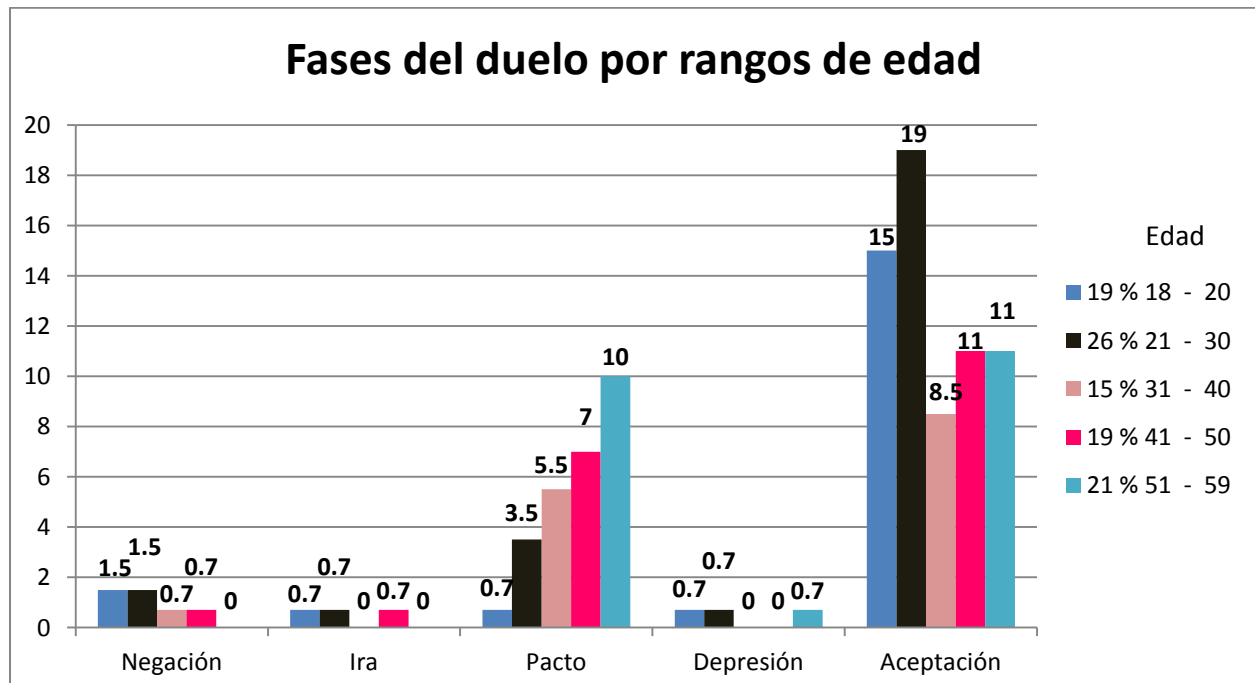


Gráfico IX. Porcentual de fases del duelo por rangos de edad

Análisis de fases del duelo por tiempo de enfermedad

Se representa en la tabla X “Fases del duelo por tiempo de enfermedad” y en la gráfica X “Porcentual de fases del duelo por tiempo de enfermedad” a los pacientes entrevistados clasificados en meses por el tiempo de enfermedad que llevan y por la fase del duelo en la que se encuentran. Se obtuvo que la mayor prevalencia de pacientes tiene un tiempo de enfermedad de 1 a 6 meses, seguido con un número importante los que se encuentran con más de un año. La mayoría atraviesa la fase de aceptación seguida de la fase de pacto.

Tabla X. Fases del duelo por tiempo de enfermedad

Tiempo de enfermedad en meses	Negación	Ira	Pacto	Depresión	Aceptación	No. de pacientes
1	0	0	0	0	7	7
2	1	0	2	1	11	15
3	0	1	5	0	11	17
4	1	0	3	0	16	20
5	0	0	7	0	2	9
6	3	0	5	0	2	10
7	0	0	1	0	1	2
8	0	0	2	0	7	9
9	0	0	3	1	1	5
10	0	0	1	0	2	3
11	0	0		0	2	2
12	0	1	1	0	5	7
13-24	1	0	5	1	6	13
25-36	0	1	2	0	7	10
37-48	0	0		0	2	2
49 o más	0	0	1	0	8	9
Total	6	3	38	3	90	140

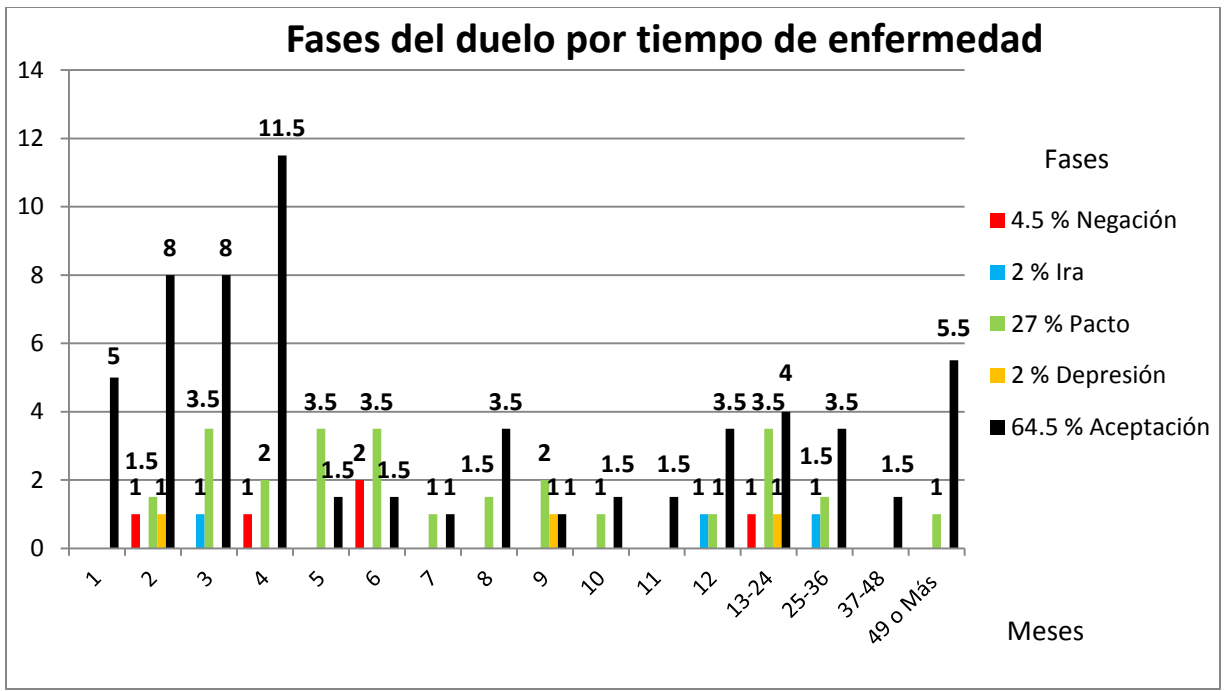


Gráfico X. Porcentual de fases del duelo por tiempo de enfermedad

Análisis de fases del duelo por tiempo en fisioterapia

Se representa en la tabla XI “Fases del duelo por tiempo en fisioterapia” y en la gráfica XI “Porcentual de fases del duelo por tiempo en fisioterapia” a los pacientes entrevistados clasificados por el tiempo de tratamiento en fisioterapia y por la fase del duelo en la que se encuentran. Se obtuvo que la mayor prevalencia de pacientes ha estado tomando el tratamiento de fisioterapia de 2 a semanas a 2 meses, donde la mayoría atraviesa la fase de aceptación seguida de la fase de pacto.

Tabla XI. Fases del duelo por tiempo en fisioterapia

Tiempo de fisioterapia en meses y semanas	Negació n	Ir a	Pact o	Depresió n	Aceptació n	No. de pacientes
1 semana	0	0	3	0	3	6
2 semanas	0	0	1	0	18	19
1 meses	5	2	17	1	30	55
2 meses	0	1	11	0	28	40
3 meses	0	0	3	0	5	8
7 meses	0	0	1	0	0	1
8 meses	0	0	1	1	2	4
11 meses	1	0	0	0	0	1
12 meses	0	0	1	1	2	4
13 -24 meses	0	0	0	0	2	2
Total	6	3	38	3	90	140

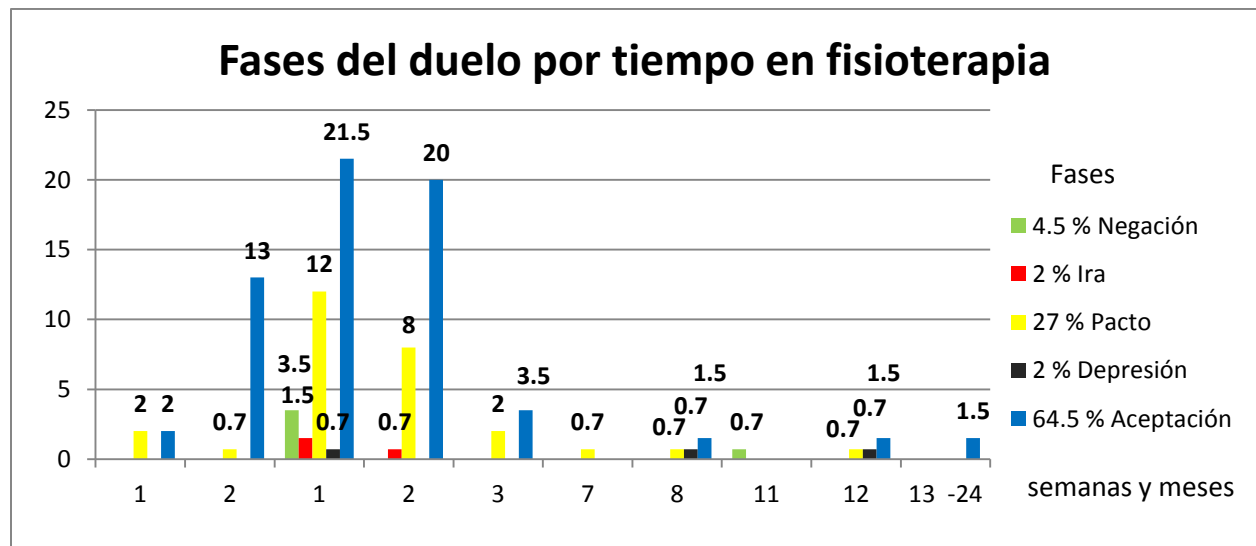


Gráfico XI. Porcentual de fases del duelo por tiempo en fisioterapia

Análisis de fases del duelo por zona de enfermedad

Se representa en la tabla XII “Fases del duelo por zona de enfermedad” y en la gráfica XII “Porcentual de fases del duelo por zona de enfermedad” a los pacientes entrevistados clasificados por zona de enfermedad y por la fase del duelo en la que se encuentran. La mayor prevalencia de pacientes se encuentra con una enfermedad en miembro inferior, seguida de columna, y la fase que más prevalece es aceptación, seguida de pacto.

Tabla XII. Fases del duelo por zona de enfermedad

Clasificación de enfermedad por zona	Negación	Ira	Pacto	Depresión	Aceptación	No. de pacientes
Miembro superior	3	1	6	1	14	25
Miembro inferior	0	1	19	2	44	66
Columna	3	1	13	0	32	49
Total	6	3	38	3	90	140

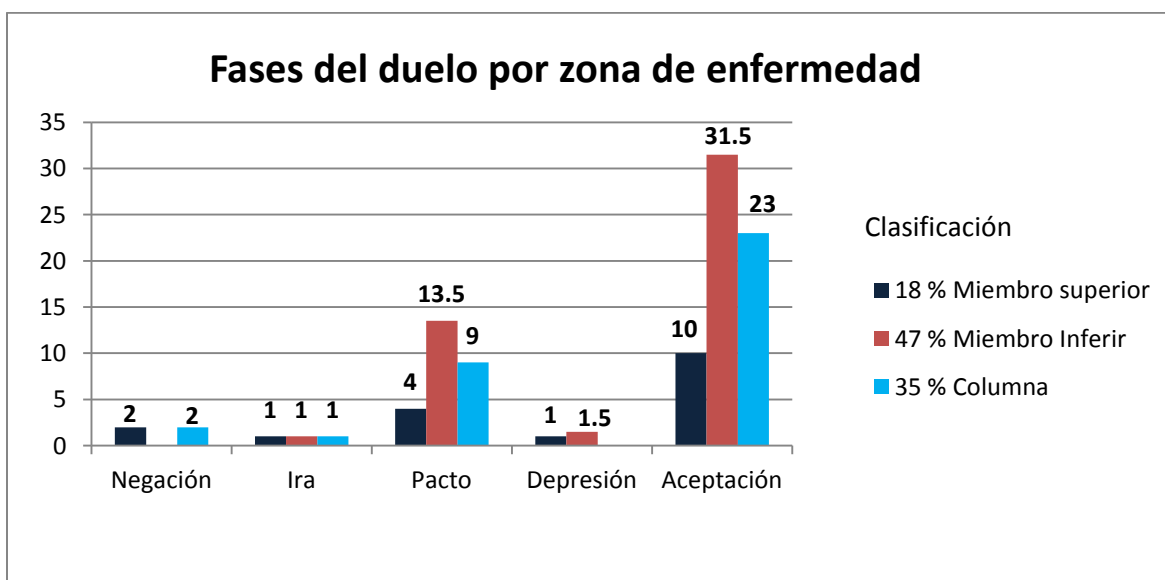


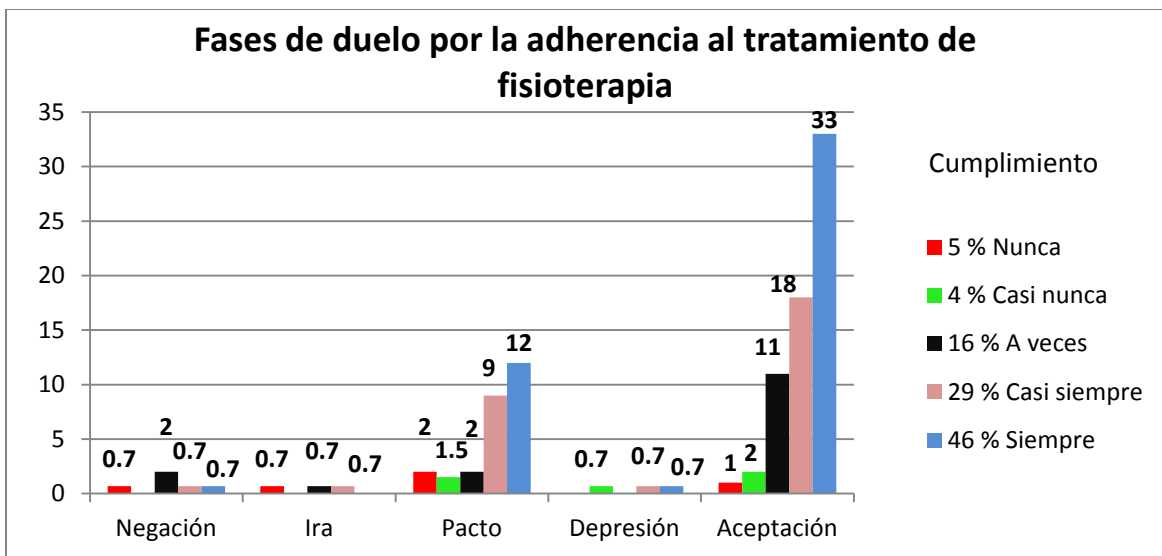
Gráfico XII. Porcentual de fases del duelo por zona de enfermedad

Análisis de fases del duelo por la adherencia al tratamiento fisioterapéutico

Se representa en la tabla XIII “Fases del duelo por la adherencia al tratamiento de fisioterapia” y en la gráfica XIII “Porcentual de fases del duelo por la adherencia al tratamiento de fisioterapia” a los pacientes entrevistados clasificados por el cumplimiento de su tratamiento y por la fase del duelo en la que se encuentran. La mayor prevalencia de pacientes refiere cumplir completamente con su tratamiento de fisioterapia, seguido de una importante cantidad de pacientes que refiere realizarlo casi siempre. La mayor prevalencia atraviesa la fase de aceptación, seguida de pacto.

Tabla XIII. Fases del duelo por la adherencia al tratamiento de fisioterapia

Adherencia al tratamiento	Negación	Ira	Pacto	Depresión	Aceptación	No. de pacientes
Nunca	1	1	3	0	1	6
Casi nunca	0	0	2	1	3	6
A veces	3	1	3	0	15	22
Casi siempre	1	1	13	1	25	41
Siempre	1	0	17	1	46	65
Total	6	3	38	3	90	140



*Gráfico XIII. Porcentual de fases del duelo por la adherencia al tratamiento de
fisioterapia*

De acuerdo a los resultados obtenidos y como se presenta en las tablas se identificaron las fases del duelo en los pacientes que acuden a fisioterapia del área de ortopedia y deporte. La mayoría de las personas entrevistadas se encuentran en la fase de aceptación, seguida de la fase de pacto y la minoría se encuentra en las fases de negación, ira y depresión.

6 personas de 140 están en fase de negación: La negación es un estado en donde la persona rechaza admitir o creer en la verdad, ésta puede ser verbal o puede ocurrir con un determinado comportamiento. En esta fase la persona no reconoce el hecho de que se padezca la enfermedad, se considera como una defensa provisional para afrontar la situación.

3 personas de 140 están en fase de ira: La ira es un estado emocional donde se produce un sentimiento de enojo e indignación, sea para nosotros mismos u otras personas. Reacciones de rabia, enojo, hostilidad y agresividad por haber perdido la salud.

38 personas de 140 están en fase de negociación: Está relacionado con la posibilidad de alcanzar metas, deseos, expectativas y objetivos, orientados hacia el futuro, lo cual otorga a los pacientes una mayor motivación, fuerza y dirección. Es aquí donde se quiere realizar un intercambio, pactar esta situación a cambio de algo.

3 personas de 140 están en fase de depresión: La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. Es donde el paciente percibe con tristeza su condición de salud.

90 personas de 140 están en fase de aceptación: En esta etapa, se acepta la realidad de que hemos perdido algo valioso para nosotros y se reconoce que dicha realidad es permanente. Nunca nos gustará esto ni estaremos de acuerdo, pero al final, lo aceptamos.

Capítulo 5: Discusión

Basado en los resultados obtenidos sobre este estudio se desarrolla la discusión con los siguientes ejes de reflexión.

- El duelo en los pacientes de fisioterapia
- Aplicación de la psicología en fisioterapia (herramientas psicológicas para fisioterapeutas)

El duelo en los pacientes de fisioterapia

En la presente investigación se ha identificado que los participantes atraviesan un proceso emocional que es consecuencia de haber tenido una pérdida, en este caso la pérdida de la salud, que en algunas personas también ocasiona la pérdida de las capacidades físicas y de realizarse como normalmente lo hacían en su vida, por ejemplo; las actividades deportivas, laborales, recreativas e incluso las actividades básicas de la vida diaria. En este sentido se concuerda con Isla et al ⁽²⁸⁾ donde ellos mencionan que al perder la salud la persona se encuentra en sufrimiento, e inicia un proceso de cambio y de readaptación a una nueva vida, lo que genera todo un proceso emocional.

Las diferentes emociones que se identificaron en los pacientes entrevistados coinciden con las emociones que se expresan durante el proceso de duelo, por lo que se concuerda con Kübler Ross et al ⁽⁸⁾ donde sus estudios mencionan que las emociones manifestadas por las personas ante cualquier pérdida son similares a las emociones que se expresan durante el proceso de duelo.

Aplicación de la psicología en la fisioterapia (herramientas psicológicas para fisioterapeutas)

El fisioterapeuta en la identificación de procesos emocionales en el paciente

Como ya se mostró en los resultados, la mayoría de los participantes se encuentran en la fase de aceptación, en esta fase los pacientes están más tranquilos emocionalmente respecto a su enfermedad, aquí es donde la persona reconoce que tiene una enfermedad o una lesión que ha producido un cambio en su vida. La aceptación le brinda a la persona la oportunidad de que vuelva a vivir tranquilo, tal vez ya no de la misma manera que antes de perder la salud, sin embargo, aquí es donde se da la readaptación, esa aceptación al cambio en el estilo de vida.

Al igual que en la fase de aceptación una cantidad importante de participantes se ubica en la fase de negociación o pacto, esto resulta ser congruente con lo que dice Kübler Ross al definir las fases de duelo, ⁽⁸⁾ ⁽³¹⁾ sobre que los pacientes al encontrarse en la fase de negociación y aceptación han reconocido la enfermedad y es por ello que asisten al médico o fisioterapeuta en busca de una solución.

Las emociones identificadas en los participantes son las emociones que sentían en el momento de la entrevista, en todos ellos se registraron distintas fases, algunas con mayor prevalencia y otras con menor, pero esto concuerda con lo que dice Gómez Sancho, ⁽²⁴⁾ sobre que cada persona que atraviesa un duelo debe pasar por todas las fases, el orden puede ser muy diferente pero se deben completar todas. Se podrá pensar que la mayoría de personas que se encuentran en la fase de aceptación ya cumplieron con su duelo y a partir de ahora estarán bien emocionalmente, pero no hay que olvidar que las emociones fluctúan de una a otra en un tiempo indefinido y que el hecho de llegar a la aceptación no significa que no pueda volver a otra fase del duelo de regreso, ya que la persona estará atravesando entre una fase y otra hasta verdaderamente cumplir con todo el proceso.

Con referencia al tiempo de lesión que tienen los participantes del estudio, aproximadamente la mitad de ellos se encontró en los que tienen de 1 a 6 meses de enfermedad y la otra mitad estuvo distribuida en el resto de los meses capturados.

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo a la fase de duelo en la que se ubican, hay prevalencia en pacto y aceptación, pero respecto al tiempo de enfermedad hay mayor distribución, por lo que esto hace referencia a lo que dice Dávalos et al, ⁽²⁵⁾ sobre que el proceso de duelo no tiene un tiempo definido, es diferente para cada individuo que está inmerso en este, para algunos puede durar solo unas semanas y para otros meses e incluso años.

Respecto al tiempo en que los pacientes llevan recibiendo el tratamiento de fisioterapia, la mayoría de los participantes se encuentran con que tienen de una semana a 2 meses, se detecta que esto es porque la clínica de fisioterapia de la ENES UNAM en León cierra cada periodo vacacional, por lo que los pacientes son relativamente nuevos en el área de ortopedia y deporte. Este asunto parece tener cierta importancia ya que de acuerdo a los resultados, los pacientes que dejan de asistir a la terapia por motivo del periodo vacacional ya no regresan una vez que inicia el ciclo escolar.

De acuerdo a los resultados sobre el cumplimiento del tratamiento fisioterapéutico, el 75% de los pacientes entrevistados dice cumplir siempre o casi siempre con su tratamiento y esto tiene cierta coincidencia con que más del 90% de los participantes se encuentran en la fase de pacto y aceptación, lo preocupante es el otro 25% que dice cumplir con el tratamiento a veces, casi nunca o nunca. Este porcentaje se encuentra en las 5 fases. Por lo que parece que los estados emocionales del paciente si tienen que ver con el cumplimiento del tratamiento fisioterapéutico tal y como lo mencionan en sus estudios García et al ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ donde refieren que los estados emocionales de los pacientes tienen cierta influencia en la adherencia a los tratamientos, sea del tipo que sean.

Con la identificación de las fases del duelo en el paciente, el fisioterapeuta podrá tener un mayor entendimiento sobre las emociones que éste expresa, teniendo la posibilidad de establecer una mejor conexión terapeuta-paciente, sin embargo, se necesita mayor investigación para que exista una posible intervención por parte del fisioterapeuta.

Capítulo 6: Conclusión

A continuación, se exponen las conclusiones obtenidas como resultado del presente trabajo de investigación.

- En este estudio se logró identificar la fase de duelo por la que atraviesa una persona como consecuencia de su estado de salud física; hablando específicamente del área de ortopedia y deporte en fisioterapia.
- Confirmamos lo que presenta la bibliografía; acerca de que todo individuo después de sufrir una pérdida, inicia un proceso emocional llamado duelo.
- Se identificó que de las personas entrevistadas la mayoría se encuentra en la fase de aceptación, lo que nos indica que están muy conscientes de su enfermedad y con esto podemos trabajar mejor en su terapia física.
- Se percató que existe poca información respecto a los procesos emocionales por los que atraviesa el paciente de fisioterapia.
- Se determinó que una cuarta parte de las personas no tienen una adecuada adherencia al tratamiento de fisioterapia, y se encuentran distribuidos en las cinco fases de duelo.
- Se destaca la relevancia sobre el tema emocional en los pacientes de fisioterapia y cómo éste pudiera tener cierta influencia en el tratamiento.
- Se sugiere el seguimiento sobre este tema de estudio para que el fisioterapeuta encuentre las herramientas necesarias para una posible intervención emocional en el paciente de fisioterapia, o en su caso una canalización al área correspondiente para trabajar de manera interdisciplinaria.
- Por último se sugiere seguir realizando estudios sobre el paciente de fisioterapia, no solo sobre el aspecto físico sino también temas relacionados a su estado emocional, con la finalidad de mejorar nuestra intervención y tratamiento.

Bibliografía

1. salud Omdl. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra, Suiza : Organización mundial de la salud ; 2011.
2. Ibarra y Cols LG. Las enfermedades y traumatismos del sistema músculo esquelético. un análisis del instituto nacional de rehabilitación de México como base para su clasificación y prevención. México. D.F.; 2013.
3. Instituto Nacional de Estadística Geld M. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 08. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825090203>.
4. Woolf ADP. Burden of major musculoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization. 2003;; p. 81(9), 646-656.
5. Bucay J. El camino de las lágrimas México: Océano; 2002.
6. Rebolledo Mota JF. Aprender a morir; fundamentos de tanatología médica México: Distribuidora y editora Mexicana; 2003.
7. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del sistema sanitario de navarra. 2007;; p. Vol.30 , 163-176.
8. Kübler Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor Barcelona: Luciérnaga; 2006.
9. Ferro García RG RMC. Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. Fisioterapia. 2004;; p. 333-339.
10. Luciano MC. Some relevant components of adherence behavior. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1992;; p. 117-124.
11. Velásquez Aldana ES. Proceso de duelo tras amputación de miembros inferiores en pacientes adultos. Guatemala;; 2015.
12. Catalán Matamoros DJRpP. Aspectos psicosociales de la fisioterapia en la discapacidad. Fisioterapia: revista de salud, discapacidad y terapéutica física. 2006;; p. 23-28.

13. Pueyo Burrel A. Trastornos músculo-esqueléticos y enfermedades profesionales en la construcción Barcelona, España: Universidad politécnica de catalunya; 2015.
14. León CodCy. Manual de trastornos músculo esqueléticos. Valladolid; 2008.
15. Corporal system, Lesiones músculo-esqueléticas. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 15. Available from: <http://corporalsystem.com/actualidad/lesiones-musculo-esqueleticas/>.
16. Araña Suárez SM. Trastornos músculo esqueléticos, Psociopatología y dolor. Madrid: Sociedad científica interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC; 2011.
17. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Julio 04. Available from: <http://dle.rae.es/?id=SYE8NhT>.
18. O'Connor N. Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo México: Trillas; 2008.
19. Gil-Julia B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. 2008;; p. 103-116.
20. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Julio 17. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EEI28uS|EEmpUc7>.
21. Pereira Tercero R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2010;; p. 656-663.
22. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 TM. Arlington, VA.; 2013.
23. Salud OPdl. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. 2003 rd ed. Washington, D.C.: Programa de Publicaciones de la OPS.; 1995.
24. Gómez Sancho M. La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto Madrid: Arán Ediciones; 2004.
25. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales.

Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas. 2008;; p. 28-31.

26. Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kubler Ross mediante las redes semánticas naturales. PSICOONCOLOGÍA. 2013; 10(1).
27. Moral de la Rubia J, Miaja Ávila M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. Revista Pensamiento Psicológico. 2015;; p. 7-25.
28. Isla Pera p, Moncho Vasallo J, Guasch Andreu O, Torras Rabasa A. Proceso de adaptación a la diabetes tipo 1. Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. Endocrinología y Nutrición. 2008;; p. 78-83.
29. Maciejewski Pk, Baohui Z, Block SD, Prigerson HG. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2007;; p. 716-724.
30. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 24. Available from: <http://dle.rae.es/?id=QM4UL1P>.
31. Kübler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Cuarta ed. Barcelona: Grijalbo; 1993.
32. Real academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 25. Available from: <http://dle.rae.es/?id=M5vXGGX>.
33. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 26. Available from: <http://dle.rae.es/?id=QMTFYRQ>.
34. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 26. Available from: <http://dle.rae.es/?id=CGH8aOF>.
35. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 27. Available from: <http://dle.rae.es/?id=0NYmQ7a>.
36. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores del duelo complicado. Psicooncología. 2008;; p. 383-400.
37. Association AP. DSMIV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Barcelona;; 2001.

38. Martínez Lorca M. La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional. La técnica U. Revista clínica de medicina familiar. 2015;; p. 171-174.
39. Asociación Mexicana de Fisioterapia, Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física, A.C. [Online]. [cited 2018 Julio 17. Available from: <http://www.amefi.org.mx/index.php?ver=fisioterapia#>.
40. World Confederation for Physical Therapy, Declaración de política: Descripción de la terapia física. London. [Online].; 2017 [cited 2018 Julio 26. Available from: <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>.
41. Grillo Pérez M, López Pérez A. La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. Acta Médica del Centro. 2016; 10(3).
42. Tamayo Montoya V. Fisioterapia y liderazgo. CES movimiento y salud. 2014; 2(1)(56-59).
43. García Sánchez LV. La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. Ciencia salud. 2006; 4(1)(39-51).
44. MedlinePlus. [Online].; 2018 [cited 2018 Septiembre 27. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>
45. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. 6th ed. México : Mc Graw Hill; 2014.

Anexos

Cronograma

(Anexo 1)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Proyecto de investigación: Identificación de la etapa de duelo en pacientes del área de ortopedia y deporte de la clínica de fisioterapia ENES UNAM en León Gto.

Actividad a desarrollar	Jun-18	Jul-18	Aug-18	Sep-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18	Ene-19
Búsqueda bibliográfica	■							
Análisis de la literatura		■						
Elaboración del marco teórico		■	■					
Elaboración de la metodología de la investigación			■	■				
Desarrollo de la investigación y recolección de datos				■	■			
Análisis de datos						■		
Resultados y conclusiones							■	
Entrega de tesis								■



ESCALA DE FASES DE DUELO

Cuestionario (Escala de fases de duelo)

(Anexo 2)

Este instrumento permite identificar las fases de duelo ante situaciones de pérdida de la salud. El cuestionario está basado en las cinco etapas del modelo de duelo descrito por Kübler Ross.

La utilización de este cuestionario tiene como propósito identificar la fase de duelo en la que se encuentran los pacientes de ortopedia y deporte en la ENES UNAM León.

Le pido que conteste con la mayor sinceridad posible ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Se le realizarán 66 preguntas, cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta.

El investigador realizará las preguntas y anotará la respuesta.

Los 66 ítems están divididos en las 5 etapas de las cuales pertenecen:

- 15 – Negación (1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66)
- 12 – Ira (2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56)
- 12 – Negociación (3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57)
- 12 – Depresión (4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58)
- 15 – Aceptación (5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65)

Las etapas de 15 ítems tendrán una puntuación mínima de 15 a una máxima de 75 y las etapas de 12 ítems su mínima será 12 y la máxima 60. Se realizará una regulación de puntaje entre las 5 etapas para que no altere la diferencia de ítems.

La etapa que resulte con mayor puntuación al terminar la entrevista, será la etapa de duelo en la que se encuentre el paciente.

(Anexo 2)

Escala de las Fases del Duelo (EFD-66)

Género: Edad: Tiempo desde que inició su enfermedad:

Nombre de la enfermedad: Desde cuando viene a fisioterapia:

Realiza los ejercicios que le deja el fisioterapeuta en casa:

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

Frecuencia:

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

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

6I	26. Me enojo con el Ser Supremo por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
6P	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero	1	2	3	4	5
6D	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada (o)	1	2	3	4	5
6A	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más	1	2	3	4	5
7N	30. Me engaño al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
7I	31. Me enojo con la vida por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
7P	32. La fe me ayuda a pensar positivamente	1	2	3	4	5
7D	33. Siento que no hay nada por lo que luchar	1	2	3	4	5
7A	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad	1	2	3	4	5
8N	35. Tengo miedo de hacerle frente a mi situación	1	2	3	4	5
8I	36. Me enojo conmigo misma (o) por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
8P	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud	1	2	3	4	5
8D	38. Tengo pensamientos negativos	1	2	3	4	5
8A	39. Acepto con resignación la enfermedad	1	2	3	4	5
9N	40. Suelo ignorar que tengo la enfermedad	1	2	3	4	5
9I	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad	1	2	3	4	5
9P	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante	1	2	3	4	5
9D	43. No tengo ganas de hacer nada	1	2	3	4	5
9A	44. Tomo las cosas como son	1	2	3	4	5
10N	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla	1	2	3	4	5
10I	46. Pienso por qué a mí	1	2	3	4	5
10P	47. Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
10D	48. Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice	1	2	3	4	5
10A	49. Siento que voy a superar la enfermedad	1	2	3	4	5
11N	50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
11I	51. Siento que es injusto tener la enfermedad	1	2	3	4	5
11P	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación	1	2	3	4	5
11D	53. Siento que se me acaba la fuerza	1	2	3	4	5
11A	54. El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad	1	2	3	4	5
12N	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima	1	2	3	4	5
12I	56. Me enoja el no poder hacer mi vida normal	1	2	3	4	5
12P	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro	1	2	3	4	5
12D	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida	1	2	3	4	5
12A	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad	1	2	3	4	5
13N	60. Me siento mejor al negar la enfermedad	1	2	3	4	5
13A	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila (o)	1	2	3	4	5
14N	62. No quiero enterarme de lo que me sucede	1	2	3	4	5
14A	63. Pienso que voy a salir pronto de esto	1	2	3	4	5
15N	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad	1	2	3	4	5
15A	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar	1	2	3	4	5
16N	66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnostico	1	2	3	4	5

(Anexo 3)

Carta de solicitud

18 de septiembre del 2018; León, Gto.

Dr. Mauricio A. Ravelo Izquierdo.

Responsable del área de Ortopedia y Deporte en la Clínica de Fisioterapia, ENES, UNAM León.

P R E S E N T E.

Por este medio me dirijo a usted para solicitar de la manera más atenta su apoyo y autorización para la aplicación de un instrumento de medición de datos del protocolo de investigación con título **Identificación de la etapa de duelo en pacientes del área de ortopedia y deporte de la Clínica de Fisioterapia ENES UNAM en León Gto.** Dicho instrumento se trata de un cuestionario que va dirigido a los pacientes que son atendidos en la unidad que tiene a su digno cargo. El cuestionario consta de 66 reactivos, pretendiendo determinar la etapa de duelo de dichos pacientes.

Contando con su autorización, el cuestionario se aplicará en los meses de septiembre y octubre del 2018, acorde al cronograma establecido, en los horarios de terapia de los pacientes; 10 am a 6pm. La información obtenida se someterá a un proceso de análisis y al finalizar; se le harán llegar a usted los resultados de la misma.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su atención, quedo a sus órdenes.

Atentamente:

José Adrián López Moctezuma.

(ANEXO 4)

Carta de consentimiento informado ENES UNAM León.

Se le está invitando a participar en esta investigación fisioterapéutica de la que voy a darle información. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, en ese caso por favor pregunte inmediatamente para explicarle de manera más clara. Si posteriormente surgen dudas, puede preguntar en cualquier momento.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional aquí en la ENES UNAM León.

Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas que no lleven mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. No hay preguntas delicadas.

Las personas elegidas para el estudio son los pacientes de ortopedia y deporte.

Le pido que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

El propósito del estudio que el fisioterapeuta conozca sobre el proceso de duelo que atraviesa el paciente para dar un mejor tratamiento fisioterapéutico.

Nuestro objetivo es identificar la etapa de duelo de los pacientes de ortopedia y deporte de la ENES UNAM León.

Procedimiento: se le realizará un cuestionario (escala) de 66 ítems con cinco alternativas de respuesta, el cual usted elegirá la que le parezca mejor a la situación que está viviendo ahora.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad.
- El cuestionario será realizado por el investigador del tema.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento, consecuencia de su participación en el estudio.
- Los resultados se compartirán con la comunidad científica para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación. No se compartirá información confidencial.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

he leído o me ha sido leída la información referente al estudio en el que he sido invitado

a participar, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera completa y satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera. Firmando abajo consiento que se me realice el cuestionario por el responsable de la investigación, declaro haber facilitado de manera real y verdadera los datos sobre mi estado físico y de salud.

INVESTIGADOR (o su representante):

Yo _____
_____, he explicado al Sr(a)
_____, la naturaleza y los
propósitos de la investigación; así como los riesgos y beneficios que implica su
participación. He contestado sus preguntas y he preguntado si tiene alguna duda.
Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar
investigación con seres humanos y me apego a ella.