

Asociación Mexicana de Tanatología A.C.



ASOCIACIÓN MEXICANA
DE TANATOLOGÍA, A. C.

**LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS
(UN ESTUDIO TANTOLOGICO)**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN TANTOLOGIA

PRESENTA:

ELIZABETH TORIJA ANDAYA

PROFESOR ASESOR

Lic. Laura Torija García



DEDICATORIA

A Dios que me ha permitido venir a este mundo y brindarme su protección, alejarme del mal camino, mantener viva mi fe y bendecir a mis seres queridos.

A mi padre Jaime Torija Martínez por apoyarme en cada decisión que he tomado, por acompañarme cada paso que doy, por cada consejo que me ha dado siempre velando por mi bien, por mostrarme que el amor de una familia es lo más importante, lo quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

A la Psicóloga María Antonieta Santos del Prado González por guiarme en este Diplomado, por su apoyo incondicional y su profesionalismo.

A la Dra. Yalia Velasco Sánchez por compartir y brindarnos sus conocimientos y por ser un ejemplo a seguir en nuestra carrera.

A la Mtra. Leticia Vega por ser una excelente amiga y maestra de quien he aprendido mucho y ha dejado huella en mi carrera profesional

A todo el personal docente que participo e hizo posible este Diplomado aportándonos cada uno una parte de sus conocimientos.

A mis compañeros de clase quienes con sus experiencias y contribuciones en cada sesión me hicieron crecer más como persona.

ÍNDICE

Páginas

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PROBLEMATIZACIÓN	
1.1 La prevalencia de la diabetes en el mundo	4
1.2 Objetivo	10
1.3 Justificación	10
CAPÍTULO II. ENFOQUE TEORICO	
2.1 Enfoque biopsicosocial	11
2.2 Concepto de la diabetes	12
2.2.1 Tipología de la diabetes	12
2.3 Diabetes mellitus tipo 1	17
2.4 El paciente diabético	18
2.5 La calidad de vida y la diabetes	18
2.6 La diabetes y la tanatología	20
CAPÍTULO III. Metodología	
3.1 Método	27
3.2 Instrumentos y técnicas	27
3.3 Participantes	29
3.4 Procedimientos	29

CONCLUSIONES	34
GLOSARIO	35
FUENTES DE INFORMACION	39
ANEXOS	41

ANEXOS

HISTORIA DE CASO

Guía de Entrevista

I. DATOS GENERALES

Nombre: Juan López (Se cambió el nombre por cuestiones de privacidad y confidencialidad)

Edad:

Religión:

Ocupación:

Domicilio:

II. ASPECTOS RELEVANTES DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. Como fue el parto de tu madre cuando naciste?
2. A qué edad caminaste?
3. Como fue tu infancia?
4. Como fueron las relaciones con tu familia es esta etapa?
5. Algún evento importante que marcó tu vida en esta etapa?
6. Como llevaste esto sentiste apoyo de tu familia?
7. Como reaccionaste ante el divorcio de tus padres?
8. Quien te cocinaba?
9. Practicabas algún deporte?
10. Como era la relación con tus amigos?

III. DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

1. Cuando te diagnosticaron la Diabetes Mellitus?
2. Cuál fue tu reacción ante el diagnóstico de tu enfermedad?
3. Que consideras que fue la etiología de tu enfermedad?
4. El médico que te atendió era de alguna institución de gobierno?
5. Recibiste apoyo psicológico o tanatológico al diagnosticarte la enfermedad?
6. Consideras importante que los pacientes diagnosticados con enfermedades crónico degenerativas es conveniente que lleven apoyo tanatológico?
7. Tienes novia?
8. Consideras que se han presentado cambios en tu estilo de vida?
9. Sigues las dietas prescritas por tu médico?
10. Como a afectado la enfermedad en tus relaciones interpersonales?
11. Como es la relación con tus compañero de trabajo?
12. Cómo te sientes?
13. Te checas periódicamente?
14. Como ha sido el proceso de tu enfermedad?
15. Tuviste apoyo de tu familia?
16. Has aprendido a vivir con tu enfermedad?

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de la primera referencia de los síntomas de la diabetes se debe al arqueólogo y novelista alemán George Ebers quien, en 1873, compró a un comerciante de Tebas (la actual ciudad de Luxor) un papiro escrito en el 1553 a. de J. C., de algo más de 20 m de largo, en el que se documentaban conocimientos médicos del Antiguo Egipto. En ese papiro, atribuido a un eminente médico y sacerdote de la época, se habla de enfermos que adelgazan, tienen hambre y sed y orinan mucho.

Como médico aconsejaba un cocimiento de cuatro días con huesos, cerveza, trigo, hojas de menta y sangre de hipopótamo. Como sacerdote, recomendaba ofrenda y sacrificios a los dioses. En ese periodo de la antigüedad, hay que mencionar, además del papiro de Ebers (conservado en la Universidad de Leipzig), los libros chinos que hacen descripciones parecidas a la del papiro egipcio en textos de dos mil años de antigüedad y la antigua literatura de los vedas, en donde se describe la orina pegajosa, con sabor a miel y que atrae a las hormigas. El término *diabetes* es atribuido a Demetrius de Apamaia por unos y a Apolonio de Menfis, por otros. El sentido del término (a partir del griego *dia*=a través, y *beinen*=pasar) correspondería al de un estado de debilidad, sed, y poliuria. Apolonio creía que era una forma de hidropesía.

Pablo de Aegina refino aún más el diagnóstico de la *dypsacus*, diabetes. La asoció a un estado de debilidad de los riñones, con un exceso de micción que conducía a la deshidratación. Prescribió un remedio a base de *endibias*, lechuga y trébol en vino tinto, con decocciones de dátiles y mirto, para beber en los primeros estadios de la enfermedad, seguido de cataplasma a base de vinagre y aceite de rosas sobre los riñones. Previno sobre el uso de diuréticos, pero permitió la sangría. Galeno pensaba que la diabetes era una enfermedad muy rara, y utilizó términos alternativos como diarrea urinosa y *dypsacus*, este último para enfatizar la extrema sed asociada a la enfermedad (Figuerola, 1997).

Arateus de capadocia (81-131 d. de J.C.), quien también describió tétanos, también utilizó el término diabetes para describir la condición de forma notablemente precisa y en términos casi poéticos: “misterios y rara enfermedad... en la que las carnes se funden por la orina... los pacientes no paran de beber... su vida es corta y dolorosa... padecen náuseas, sed ardiente y no tardan mucho en expirar”. Con casi toda seguridad, los últimos párrafos definen una *cetoacidosis* diabética. Arateus prescribió una dieta restringida, con vino diluido, y en los estados terminales, opio y *mandrágora*.

En la medicina oriental destaca Susruta, el padre de la medicina hindú, quien describió la diabetes y llegó incluso a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes, que conducía a la muerte, y otra en personas de cierta edad, de modo que la medicina india ya distinguía dos formas de diabetes, una que se da en personas delgadas y jóvenes y otra, en personas mayores y obesas, y que claramente corresponde a las diabetes de tipo 1 y de tipo 2 de nuestros días. Este notable médico escribió una extensa colección de tratados de cirugía, patología, anatomía, e incluso de psicología y deontología.

La glucosa en la sangre fue determinada por primera vez, en 1889, por Claude Bernard quien señaló que la hiperglicemia era el signo fundamental de la enfermedad. Diez años después Lanhergans describió los *islotos pancreáticos*, que posteriormente recibieron su nombre en el año 1889 (Farreras, 1992).

Fue hasta 1921 en Toronto, Canada, Frederick Banting y Charles Best el primero un ortopedista y el segundo un estudiante de medicina, trabajando en los laboratorios del Dr. J.J.R. Macleod, encontraron un extracto el cual inyectado en perros pancreatectomizados producía una disminución en la glucosa circulante; este extracto inicialmente lo denominaron isletina pero luego lo bautizaron como insulina (Orrego 2004).

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el mundo y su importancia radica tanto en las repercusiones que provoca como en el estado de la salud de las personas que la padecen, así como en los trastornos que origina en su **calidad de vida**. Por ello demanda una atención especializada, continuada e integral que permita la optimización del control metabólico sin deterioro de la **calidad de vida** de quienes la padecen. Los componentes del equipo multidisciplinario tenemos que conseguir que la diabetes sea considerada como una “condición de vida”, antes que una enfermedad. Esto se debe a que las personas con diabetes requieren adaptarse a un estilo de vida distinto, hábitos alimenticios apropiados y cuidados necesarios en todo momento.

CAPITULO I. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 La prevalencia de la diabetes en el mundo

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, considerada actualmente como un problema de salud pública. Su atención se centra tanto en la prevención de su aparición como mejorar su control, tratamiento y pronóstico. La Diabetes que se inicia como un envejecimiento prematuro, puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no solo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil (Villalba 2003).

La prevalencia mundial de la Diabetes mellitus (DM) se ha incrementado en grado impresionante en los dos últimos decenios, por lo menos 171 millones de personas en el mundo sufren de Diabetes y se proyecta que las cifras aumentaran a 300 millones para el año 2025, aunque la prevalencia de la DM tipo 1 y tipo 2 está aumentando en todo el mundo, cabe esperar que la de tipo 2 aumente con más rapidez en el futuro por la obesidad creciente y la reducción de la actividad física (Kasper y cols. 2006).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas en el año 2000, la prevalencia de Diabetes en el mundo es de aproximadamente 171.230.000 casos y se estima que serán en el año 2030 unas 366.000.000 las personas afectadas por esta enfermedad. La prevalencia más alta de Diabetes registrada se concentra en las regiones del Sudeste Asiático, Pacífico Occidental, Europa, América, países del Este Mediterráneo y África.

El Sudeste Asiático es la región con mayor prevalencia con 46 millones siendo la India el país del mundo con mayor número de personas con Diabetes unos (30 millones de afectados), seguida de Indonesia con 8 millones. En la zona Pacífico Occidental, el país con mayor número de diabéticos es China, donde se estiman en unos 20 millones.

En Europa, 33 millones de habitantes son diabéticos. Finlandia es el país con mayor prevalencia de DM tipo 1. Mientras que los países con mayor prevalencia global de Diabetes son Rusia y Ucrania donde afecta a unos 6 millones, seguidos de Italia, España, Alemania, Gran Bretaña y Francia. En América la prevalencia de DM es similar a la de Europa registrándose la mayor cifra en E.E.U.U., con 17 millones de individuos. En América Latina, el país con mayor censo de diabéticos es Brasil con (4 millones) seguido de Argentina, Colombia, Perú y Venezuela.

La Diabetes mellitus repercute sobre el ser humano, la familia, la economía de la nación ocasionando gastos millonarios en forma directa o indirecta por pérdida de días/hombres debido a las incapacidades temporales, definitivas y muerte

A) Incidencia

Recientemente se han publicado varios trabajos sobre la incidencia de la **diabetes mellitus tipo 2** a nivel mundial. La conformación de grandes *cohortes* de seguimiento permite conocer la tasa de incidencia acumulada de la diabetes.

En el cuadro 2-1 se presentan algunos informes recientes sobre la tasa de incidencia de diabetes tipo 2, la cual oscila desde valores muy bajos, como en México o en Finlandia, hasta valores sumamente elevados, como los observados en el estudio de riesgo de aterosclerosis en comunidades (estudio ARIC) que son 10 veces mayores. Estas tasas de incidencia son susceptibles de comparación y expresan diferencias en la velocidad de enfermar en las distintas poblaciones. No obstante, hay que tener cautela al hacer comparaciones, toda vez que los grupos de edad suelen ser diferentes y los criterios diagnósticos de diabetes pueden variar entre los diferentes grupos de estudio. En este sentido es importante señalar que recientemente ha habido una confluencia en los principales criterios diagnósticos de diabetes tipo 2: el establecido por el *American Diabetes Association* y el propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

Cuadro 2-1. Algunos sobre incidencia de diabetes mellitus tipo 2

ESTUDIO Y EDAD	AÑO DE PUBLICACIÓN Y SEGUIMIENTO	VARONES	MUJERES	TOTAL
México City Diabetes Study	2001 6.3 años	142	121	1, 754
Cohorte en Dallas, Texas Varones blancos, profesionistas 30 a 79 años	2000 6 años en promedio	283		8, 633
San Antonio Heart Study Estadounidenses blancos y de origen mexicano 35 a 64 años	2001 7 a 8 años	270	286	3,686
ARIC Study Estadounidenses blancos y negros 45 a 64 años	2001 3 a 6 años	1, 893	1,531	12, 261
Nurses Health Study Enfermeras 30a55 años	2001 16 años		254	84, 941
Nurses Health Study Enfermeras 30 a55 años	2002 10 años		295	69, 852
NHANES I Estadounidenses 25 a 74 años	2003 15.6 años	350		6,190

A fines del siglo pasado se llegó a un acuerdo conjunto, lo que permitiría tener mayor consistencia en el diagnóstico de la enfermedad en estudios posteriores.

A su vez, el grupo de edad incluido en un estudio puede condicionar tasa de incidencia diferentes, ya que como se verá más adelante, entre mayor es la edad, mayor es la incidencia de este padecimiento. Por consiguiente, la inclusión de individuos jóvenes en una cohorte de seguimiento para calcular la incidencia condicionara valores más bajos, mientras que al limitar el estudio a edades tardías tendrá el efecto contrario.

A pesar de ello, las cifras del cuadro 2-1 dan una idea clara de la importancia de la diabetes en diferentes grupos poblacionales. Para entender los valores del cuadro, puede tomarse como ejemplo el caso de México, el cual muestra una tasa de incidencia en varones de 142 por 100 000 años-persona, un poco mayor que en mujeres, que es de 121 por 100 000 años-persona, que corresponde a 142 casos nuevos de diabetes por cada 100 000 años-persona. Queda claro que un año calendario, 100 000 habitantes contribuyen con esa cantidad de años-persona.

Como se mencionó anteriormente, la incidencia acumulada es la otra medida de incidencia, la cual expresa el riesgo de enfermar en un periodo determinado. En el cuadro 2-2 se presentan valores de incidencia acumulada calculada en diversos estudios, los cuales muestran el riesgo de enfermar en diferentes poblaciones.

Cabe destacar el riesgo observado en los indios pimes, donde uno de cada cinco individuos entre 18 y 74 años tiene el riesgo de enfermar de diabetes en seis años. Este riesgo se incrementa sensiblemente en los indios estadounidenses si ya existe intolerancia a la glucosa (al menos uno de cada tres enfermaran en cuatro años) y es más bajo en los habitantes de la isla Mauricio.

Cuadro 2-2. Algunos informes sobre la incidencia acumulada de diabetes tipo 2

ESTUDIO POBLACIÓN Y EDAD	AÑO DE PUBLICACIÓN Y SEGUIMIENTO EN AÑOS	VARONES	MUJERES	TOTAL
Japanese American Community Diabetes Study 276 nisei, 61.8 años (promedio) 205 sansei, 40.1 años	2000 6 y 10 años 6 años	27.4% 9.3%	19.2% 3.1%	
Cohorte en Isla Mauricio 2,605 habitantes 25 a 74 años	2000 5 años			6.1%
Cohorte de Indios Prima 165 indios rio Gila 18 a 74 años	2001 6.2 años			22.0%
Strong Healtht Study 3,683 indios americanos 42 a 72 años	2002 4 años	Tolerancia a la Glucosa normal	Tolerancia a la glucosa normal	19.6% 11.3% 37.0%
ARIC Study 12, 252 blancos y negros americanos 45 a 64 años	2002 9 años			11.8%
Cohorte en Finlandia 4,304 sujetos con examen médico 40 a 69 años	2004 23 años	7.2%	10.85%	8.9%

Los cálculos recientemente realizados en Estados Unidos indican que el riesgo de por vida en un individuo nacido en el año 2000 y hasta que cumpla 80 años será de 32.8% para los varones y de 30.5% para las mujeres. Este riesgo es mayor en los individuos de origen latino, en quienes se ha calculado un riesgo de 45.4% para varones y de 52.5% para las mujeres.

México es uno de los países con mayor prevalencia de diabetes tipo 2; se calcula que ocupa el décimo lugar por el número de diabéticos a nivel mundial y que solo en 20 años más ocupara un nada prestigioso séptimo lugar.

1.2 Objetivo

El propósito de este trabajo es reflexionar sobre una mejor calidad de vida que integre el tratamiento tanatológico en los pacientes con diabetes mellitus

1.3 Justificación

La diabetes debe ser considerada una autentica *pandemia*, pues en pleno siglo XXI hay millones de personas afectadas por esta enfermedad. Algunos factores que podríamos mencionar son los cambios de estilo de vida que se han venido dando en la actualidad la comida rápida, el sedentarismo, los avances tecnológicos y en la medicina que si bien estos han incrementado la longevidad en los seres humanos, también tienen sus consecuencias pues a mayor edad se va deteriorando el cuerpo y se van presentando enfermedades crónicas como la diabetes. No obstante la tanatología puede contribuir a una mejor calidad de vida en este tipo de enfermedad: mediante la sensibilización, la orientación hacia el cuidado del cuerpo y el cambio de estilo de vida.

La tanatología cuida la **calidad de vida** en los pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes, cambiando en los pacientes su perspectiva de dicha enfermedad y mostrando otra forma de vivir y convivir.

Los motivos que impulsaron este trabajo fueron principalmente el interés por saber más de la enfermedad y poder apoyar emocionalmente a pacientes cercanos con diabetes. Profesionalmente a la que escribe, le interesa implementar como profesional de la salud, la tanatología en los tratamientos para pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el área de la psicología clínica. Finalmente porque como seres psicobiosociales, es necesario estar integrados biológica, psicológica y socialmente, para alcanzar la salud, lo cual se produce en una integración multidisciplinaria, donde la tanatología juega un papel de suma importancia y nexo en dicha integración.

CAPITULO II. ENFOQUE TEÓRICO

2.1 Enfoque Biopsicosocial

Este enfoque toma en consideración los hechos sociales y psicológicos para analizar un problema de salud o enfermedad. Pone de relieve que cada individuo está conformado por células que se organizan en tejidos, órganos y aparataos (componente biológico), que es miembro de una familia, una comunidad, una cultura, (componente social) y posee determinadas características mentales que lo hacen único e irrepetible (componente biológico). [León, et.al. 2004]

Ya desde la década de los 70s se postuló la necesidad de un modelo holístico que Ernest Engel (psiquiatra norteamericano) denominó biopsicosocial, haciendo énfasis en que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales.

2.2 Concepto de la Diabetes

La **diabetes** es un trastorno metabólico de etiología multifactorial caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, los *lípidos* y las proteínas que obedece al defecto en la secreción, la acción o ambos, de la insulina. (Islas, 2005).

2.2.1 Tipología de la diabetes

Algunos de los tipos de diabetes que existen son como se mencionó anteriormente, la resistencia a la insulina que se identifica como el defecto

primario en la patogénesis de la **diabetes** mellitus tipo 2, esto basado en estudios longitudinales en donde inicialmente el incremento en la secreción de insulina puede compensar la resistencia a la hormona, pero la hipoglucemia crónica ocasiona la falla de las células beta. Por otro parte la diabetes tipo 1 comprende la mayoría de los casos que resultan de una destrucción de las células beta del *islote*, lo que generalmente conduce a un déficit absoluto de insulina y, por tanto, se asocia a la predisposición a desarrollar *cetoacidosis*. En esta situación, los pacientes precisan insulina para sobrevivir. La diabetes tipo 1 puede ser autoinmunitaria o idiopática

Se explica a continuación primero la diabetes mellitus tipo 2 en razón de que es la más frecuente.

A) Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Cetoacidosis Diabética: Es un trastorno metabólico grave causado por una deficiencia casi absoluta de insulina, el cual consiste en la triada bioquímica de hiperglucemia, acidosis y cetosis. Esto se refiere a una alteración en la azúcar

Hiperglucemia Hiperosmolar: Hasta antes del descubrimiento de la insulina, el coma diabético constituía la principal causa de muerte en el paciente diabético descompasado. En la actualidad, el término ha caído en desuso, ya que solo el 20% de los pacientes descompasados evoluciona hacia el coma y el otro 20 % presenta alteraciones menores del estado de conciencia. El término hipertonidad no cetósica ha sido reemplazado por el término estado de hiperglucemia hiperosmolar (estado hiperglucémico hiperosmolar), ya que refleja dos hechos: 1) alteraciones del *sensorio*, que pueden presentarse sin coma, y 2) el estado hiperosmolar hiperglucémico, que puede incluir grados variables de cetosis clínica. El mecanismo básico de ambos desordenes es una reducción en la concentración efectiva de insulina circulante. (Islas, 2005).

Hipoglucemia: Se define con la triada de Whipple:

1. Concentraciones bajas de glucosa plasmática
2. Presencia de signos y síntomas típicos de hipoglucemia (manifestaciones adrenérgicas y datos de *neuroglucopenia*)
3. Mejoría del síndrome con la administración de glucosa

Con el descenso rápido se produce una respuesta adrenérgica contrarreguladora que por sí misma explica gran parte de los síntomas, como *diaforesis*, taquicardia, temblor, angustia, palidez, cutánea y otros síntomas que son resultado de la *neuroglucopenia* aguda, como hambre mareo, marcha atáxica, náusea y vómito. La falta de glucosa para el trabajo muscular induce fatiga y debilidad de grado variable

A pesar de que no existen estudios que documenten la gran predisposición para desarrollar *bacteriemia* en diabéticos, hay algunos autores que la reportan en forma asociada hasta el 14%. Otros estudios demuestran la fuerte asociación de bacteriemia en diabéticos e infección de piel y tejidos blandos.

El problema fundamental de la asociación entre diabetes mellitus y *bacteriemia* es que puede constituir un factor de riesgo para desarrollar otro foco metastásico a un nivel diferente con mucho más frecuencia que en los pacientes no diabéticos.

En los pacientes con **diabetes mellitus**, la infección de tejidos y huesos de extremidades inferiores es la causa más frecuente de hospitalización. La amputación es una triste complicación por *septicemia* mal controlada y constituye hasta el 50% de todas las amputaciones traumáticas en Estados Unidos; se considera consecuencia de alteraciones metabólicas, vasculares y neurológicas, aunadas a inmunocompromiso del paciente. La presencia de úlcera e infección predispone a la amputación.

Vías Urinarias

Una de las infecciones más comunes en el paciente diabético es la de las vías urinarias. Algunos autores, como Kass, han documentado *bacteriuria* en 16 al 19% de diabéticas, comparadas con no diabéticas, en quienes el porcentaje va del 5 al 8%. Otros estudios refieren que no existe diferencia en el porcentaje de bacteriuria encontrado en varones con diabetes. La infección de vías urinarias superiores es más frecuente en pacientes diabéticos. Las complicaciones de la infección de vías urinarias, como abscesos intrarrenales, enfisema de vías urinarias, abscesos perinefríticos, *necrosis papilar*, metástasis secundarias a foco infeccioso renal, son más frecuentes en los pacientes diabéticos (Islas, 2005).

Infecciones respiratorias

Los mecanismos por los cuales el paciente diabético tiene mayor predisposición a presentar una infección de vías respiratorias inferiores no están totalmente explicados; sin embargo, la mayor morbilidad y mortalidad pueden guardar relación con los defectos en la respuesta inmunitaria, así como con la coexistencia de desnutrición, insuficiencia vascular, patología cardiovascular, e insuficiencia renal. La neumonía resulta de la disfunción a cualquier nivel de las defensas del hospedador (fisiología alterada o bien inmunidad celular anormal).

Existen múltiples anormalidades en la fisiología pulmonar del paciente diabético que pueden explicar la alteración en las defensas; dichas anormalidades resultan, en parte, de los cambios *microangiopáticos* en la membrana de los vasos sanguíneos pulmonares y del epitelio respiratorio, así como también de la glucosilación no enzimática de las proteínas. Estos cambios explicarían el campo propicio para las infecciones que presenta el paciente diabético. Otras condiciones que pueden predisponer a los pacientes son un riesgo aumentado de aspiración y la medicación coexistente. La gastroparesia, que acontece en un 20 a 25% de los pacientes, es un riesgo para broncoaspiración.

B) Complicaciones Crónicas de la diabetes

La diabetes es un factor de riesgo independiente para enfermedad vascular *arterosclerosa* y enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular y periférica. La morbimortalidad por enfermedad arterial coronaria es de dos a cuatro veces más alta en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos; 75 a 80% de la población de pacientes diabéticos adultos fallecen por alguna de esas complicaciones

Las complicaciones vasculares ocurren más frecuentemente en los pacientes con diabetes tipo 2 que en aquellos con diabetes tipo 1. La diabetes tipo 2 también se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular que incluyen hipertensión arterial, obesidad, hiperinsulinemia e hiperlipidemias caracterizadas especialmente por elevación de triglicéridos y disminución de los niveles de colesterol-HDL.

Macrovasculares

- Arteriosclerosis coronaria acelerada
- Arteriosclerosis cardiovascular acelerada
- *Vasculopatía periférica* acelerada

Microvasculares

- Retinopatía
- Nefropatía

Neuropáticas

- *Gastroparesia*
- Diarrea
- Vejiga *neurogena*
- Impotencia

- Reflejos cardiovasculares alterados

Enfermedades vasculares y *neuropáticas* combinadas

- Ulceras de piernas
- Ulceras de pies

Los enfermos diagnosticados por primera vez con diabetes tienen un alto riesgo de padecer enfermedad arterial coronaria. En estudios realizados en Finlandia se indica que la prevalencia de enfermedad arterial coronaria representa un riesgo mayor en pacientes recién diagnosticados como tipo 2, así como pacientes cuya enfermedad tiene una duración de ocho años.

Varios estudios indican que el riesgo de enfermedad macrovascular está aumentando no solo en la diabetes tipo 2, sino también en los pacientes con intolerancia a la glucosa. Incluso, se ha demostrado que los familiares normoglucémicos de pacientes diabéticos en primer grado tienen algún factor de riesgo anormal. Actualmente hay estudios multicéntricos internacionales que incluyen a México para el estudio y seguimiento de los pacientes con intolerancia a la glucosa con el afán de prevenir dicho riesgo (Islas, 2005)

Como se puede apreciar en el texto anterior la **diabetes** es una enfermedad que va deteriorando la **calidad de vida** de quienes la presentan, sus complicaciones son serias pueden llevar al paciente desde un ataque al miocardio, la pérdida de un miembro de su cuerpo en los casos más severos, impotencia en los hombres, ceguera por el desprendimiento de retina que es muy frecuente en pacientes diabéticos.

2.3 Diabetes Mellitus tipo 1

La **diabetes mellitus tipo 1** se denominaba anteriormente diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes infantil. Aunque puede aparecer en cualquier momento antes de los 30 años, suele diagnosticarse en la infancia.

En la diabetes tipo 1, el páncreas produce una cantidad escasa o nula de insulina. De todas las personas en las que se diagnostica diabetes, solo el 10% presenta el tipo 1. La incidencia máxima se da en el segundo decenio de la vida, normalmente entre los 10 y 14 años. La tasa más alta de diabetes tipo 1 corresponde a la raza blanca. Es menos prevalente en los latinos y la incidencia más baja se observa en los negros y los asiáticos (Holmes, 2007).

Los factores que se asocian a la aparición de diabetes tipo 1 pueden ser ambientales, genéticos o autoinmunitarios (del propio sistema inmune del paciente).

Una teoría sobre la etiología de la diabetes tipo 1 es que debido a la lesión de las células beta del páncreas causada por un agente infeccioso ambiental. Los factores ambientales que inducen una *agresión de las células beta funcional* comprenden virus (*parotiditis, rubeola, Coxsckie B4*), sustancias químicas y *citoxinas*. Cuando se tienen antecedentes de diabetes en la familia existe una predisposición genética, algunas personas son más propensas a los factores ambientales.

2.4 El paciente diabético

El paciente diabético sufre algunos cambios psicobiológicos que afectan de manera significativa su calidad:

- Ansiedad
- Depresión o tristeza
- Rebeldía

- En casos severos pérdida de la visión
- Disfunción sexual en varones

2.5 La calidad de vida y la diabetes

Las personas con **diabetes mellitus** viven una enfermedad incurable que no sólo requiere un control en la glucosa de la sangre pero también requiere un estilo de vida saludable demandando cambios en los patrones culturales del enfermo. Esta situación puede tener un profundo impacto psicológico en quien la padece e incrementa la percepción de una pobre **calidad de vida**.

La Diabetes es una de las enfermedades crónicas que frecuentemente afecta la percepción de la salud relacionada con la **calidad de vida** del enfermo y está generalmente asociada con la depresión. Esto es, se relaciona con el pobre tratamiento e incrementa morbilidad y mortalidad.

Hablar de calidad de vida es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas sueños y realidades conseguidas o asequibles. Una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste. En general la enfermedad, sobre todo la crónica, y su tratamiento, o sus secuelas modifican nuestras metas, nuestras expectativas, nuestras esperanzas (Calman, 1987).

Hablando de felicidad un adagio chino dice:

“La felicidad consiste en no desear aquello que no puedes conseguir”
“Vivir es adaptarse, vivir bien es adaptarse bien”

Perspectiva de la tanatología, apoya al paciente, en este caso, con diabetes, en el proceso de adaptación a su nueva condición de vida

El concepto de **calidad de vida** es un constructo del que forman parte diversas dimensiones (Blanco, 1985; Haes, J. C. J. M. de 1988; Chibnall; y Tait, 1990) y por ello su definición operacional es difícil, la calidad de vida se ha descrito, por un lado, como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de malestar/bienestar personal.

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes es imposible no impactarse con dicha enfermedad pues ya que como se menciona en el texto anterior es una enfermedad que merma la calidad de vida del paciente, lo cual te lleva a deprimirse, si no se tiene un tratamiento integral es decir un **equipo multidisciplinario: médico, nutriólogo, tanatólogo** es posible que se desencadene una depresión y agravar más dicha enfermedad, o en casos extremos llegar al suicidio. El concepto de adaptación, es por tanto la palabra clave para **calidad de vida** afrontamiento y finalmente apoyo integral.

La **calidad de vida** es una teoría del que forman parte distintas dimensiones, por ello su definición es difícil. Podríamos explicar como calidad de vida por un juicio subjetivo y otro objetivo Pero, además, este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado con (cuando no causado por) determinados indicadores “objetivos”, biológicos, psicológicos, conductuales y sociales (Diener, 1984). Es decir que todos estos intervienen en la **calidad de vida** de una persona los indicadores “objetivos” refieren a una sociedad, realidades presentes en el hábitat físico y social de una persona que pueden centrarse en **salud**, comodidad, riqueza y amor a estos elementos hay que agregar un componente emocional que consiste en un sentimiento de **satisfacción**, un estado de ánimo positivo, determinado así mismo, por otros elementos de índole psicológico o conductual.

2.6 La Diabetes y la Tanatología

A) Inicios de la tanatología

El término Tanatología se puede traducir como, "La ciencia de la muerte", fue usado por primera vez en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en 1908 fue galardonado con el Premio Nobel de Medicina por sus trabajos en la teoría de la *fagocitosis*. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal (Polo, 2005).

En la década de los años 30's la tanatología solo se desarrolló en el área hospitalaria, retirándola del hogar de los enfermos, como resultado de los avances en la medicina, en los 50's esto fue cada vez más habitual. Así el cuidado de los enfermos terminales fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad de la época "encubrió" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los horrores de las Guerras Mundiales.

La mayoría de los estudios que se realizaron en la década de los años 60's muestran un significativo desgaste en los miembros de una familia a partir de la muerte de un familiar, esto es muy claro en un estudio realizado en Inglaterra, en el cual los miembros disminuyeron a un 25% su funcionalidad individual y colectiva como consecuencia de la muerte, la muerte en este tiempo se intenta ocultar y parece que es insignificante.

A mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente moribundo*) y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) quien coloca a la Tanatología en la mesa de la discusión científica, enfocando su estudio en los pacientes terminales y el trabajo médico. Es importante mencionar que la Dra. Kubler-Ross durante su trayectoria profesional tiene dos momentos determinados: el primero como científica e investigadora y el segundo donde la Tanatología deja de ser científica y se coloca del lado del esoterismo y la metafísica. Retomando el trabajo del primer momento cabe subrayar que centró su atención en el paciente terminal y la atención que los médicos le proporcionaban.

B) Etimología histórica del término Tanatología

El vocablo *tanatos* deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche denominada Eufrone o Eubolia, que quiere decir “madre del buen consejo”. La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón por lo cual muchos la consideran diosa; no obstante, algunas veces, también la dios de la muerte es representada como un genio alado.

La muerte es hermana del sueño al cual se daba el nombre de Hipnos o Somnus, que también era hijo de la noche (Eufrone), pero el sí tenía padre y este era Erebo o el infierno, quien, además, de esposo era hermano de la noche y tanto el como ella eran hijos del Caos. De ahí que la muerte o Thanatos sea sobrina de Erebo o el infierno y nieta del Caos.

Thanatos (la muerte) es representada con una guadaña, una ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida.

A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Hélade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

La muerte o Thanatos es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dádivas, nunca cura a nadie.

Logos deriva del griego *logos* que tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como

estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el transcurso del tiempo (Polo, 2005)

Desde un punto de vista psicológico, la Tanatología está dirigida a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un vínculo de confianza, seguridad y bienestar, además de propiciar en el enfermo terminal, los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna y en paz.

Los objetivos de la Tanatología se enfocan en la **calidad de vida** del enfermo terminal, evitando la prolongación de su sufrimiento. Propiciando al enfermo una muerte digna.

- Atención al sufrimiento psicológico
- Atención a las relaciones significativas del enfermo
- Atención del dolor físico
- Atención al sufrimiento espiritual
- Atención a las últimas voluntades
- Atención a los aspectos legales

Una particularidad importante de la Tanatología como rama de la medicina, es posibilitar al enfermo terminal, todos los cuidados paliativos necesarios en su entorno, y ayudar a la familia del enfermo, a afrontar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste.

El diagnóstico de la diabetes, al igual que el de cualquier enfermedad crónica, causa fuertes reacciones emocionales en la persona. Es por eso que en el texto anterior se menciona a la Tanatología como una herramienta para apoyar a los pacientes diabéticos cuando son diagnosticados con dicha enfermedad, pues el diagnóstico puede ser vivido, por un lado, como una pérdida del equilibrio fisiológico y, por otra como una limitación en el estilo de vida.

Después de informarle el diagnóstico, y prácticamente sin remedio de continuidad, los profesionales de la salud comienzan a dar instrucciones al paciente de lo que debe de aprender (inyectarse insulina, ajustar las dosis, tratar la hipoglucemia, medir los hidratos de carbono, etc.) sin brindarle la posibilidad de mostrar su reacción emocional. El conocimiento de estas reacciones y su adecuado manejo son esenciales si se pretende la adaptación del paciente de forma positiva a su nueva condición de vida.

La **diabetes mellitus** es una enfermedad incurable que exige, además del tratamiento farmacológico, una forma de vida óptima y saludable que requiere cambios en los patrones culturales. El enfermo y la familia deben realizar un gran esfuerzo de adaptación y poner en marcha una serie de mecanismos psicológicos para afrontar la nueva situación y el duelo por la pérdida de la salud. Es por ello que hacemos referencia a la tanatología a las enfermedades crónicas y al duelo que a continuación se refiere.

C) El Duelo y la diabetes

El duelo es la respuesta emotiva y natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de relaciones que siguen a una separación (Fonnegra, 1993). Otra definición para el duelo (del latín *dolus*, dolor) como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, O también como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe incluye. Componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Gómez, 2007)

D) El duelo en las personas con enfermedad terminal

La resolución del duelo frente a la enfermedad reversible, las micro-perdidas que se van presentando y el desenlace de la muerte, pasa por diversas etapas. Aunque ante una crisis, las personas reaccionamos de maneras diferentes, los investigadores y las investigadoras del duelo han identificado etapas o estadios por los que generalmente se atraviesan por una pérdida.

La Dra. Elizabeth Kubler Ross (1978-1997), identificó 5 etapas por las que atraviesan la mayoría de las personas con enfermedad terminal es importante mencionar que estas etapas no se presentan en forma continua, sino durante el curso de la enfermedad. Además no se manifiestan únicamente en la persona afectada, sino en cada miembro de su familia o allegados, de forma e intensidad distinta. Por otra parte, estas mismas etapas se pueden manifestar en las personas frente a otras pérdidas importantes en la vida.

Negación: Se trata de un mecanismo de la persona para defenderse del impacto de la noticia. Funciona como un amortiguador ante las noticias no esperadas y sorprendentes o amenazantes para el individuo. La negación permite a la persona impactado por una noticia de este tipo acumular y con el tiempo movilizar “defensas menos radicales” (Nolan y Bohner, 1983). A nivel del discurso la persona en negación verbaliza error... no es verdad... llamaremos a un doctor.

En el ámbito del comportamiento la persona puede presentar una serie de conductas tales como no hacer más exámenes, o dejar de visitar al médico, o no comprometerse en tratamientos. La negación en general es temporal y sustituida por una aceptación parcial (Kubler Ross, 1978).

Las personas en estas circunstancias también pueden entrar en la “evitación” que es una forma sutil de negación. En este caso la persona en proceso de morir evita hablar de esta situación. Cuando se le visita habla de todo menos de lo que sucede. Quienes asisten al paciente y la familia también, pueden participar en la evitación.

Cólera: Una vez que la negación y ya evitación ya no se pueden sostener, se sustituyen por sentimiento de ira, rabia, cólera, envidia y resentimiento (Kubler-Ross, 1978). Algunos pacientes mostraran abiertamente estos sentimientos a sus familiares, allegados o cuidadores. Otras lo encubren por miedo a perder el apoyo asistencial y familiar. Estos sentimientos se expresaran encubiertamente mediante quejas por todo convirtiéndose en el “paciente difícil”.

Ante estos pensamientos, sentimientos y conductas hostiles la persona puede sentirse incomoda por esta reacción y además sentirse culpable. Este sentimiento de culpa hace que muchas personas consideren “su enfermedad como un castigo a sus anteriores pecado, aunque con frecuencia no pueden decir que hayan hecho de malo” (Nolan y Bohner, 1983). De nuevo se presenta un sentimiento encubierto. El sentimiento de culpa no es tanto por acciones en el pasado sino por la hostilidad que están sintiendo.

Negociación: Durante esta etapa la persona con enfermedad terminal pretenden posponer su dolor o bien la muerte, ofreciendo un buena conducta a cambio (Kubler-Ross, 1978). “La mayoría de estas negociaciones se hacen con Dios y suelen ser guardadas en secreto o solo mencionadas de manera implícita” (Nolan y Bohner, 1983). En esta etapa se busca a toda costa el milagro que revierta la situación.

Sentimiento de pérdida y depresión: La persona que padece enfermedad irreversible llega al punto de que no puede negar más la enfermedad, por el aumento de los síntomas. La negación, evasión, cólera, son sustituidos por el profundo sentimiento de pérdida y depresión (Kubler- Ross, 1978). La depresión que se presenta puede ser reactiva a las pérdidas que va sufriendo. En este caso la persona querrá comunicarse con los demás y verbalizar su tristeza.

También puede tratarse de depresiones preparatorias o bien de ambas. La depresión preparatoria se da como antesala de la eminente perdida. Se trata de una depresión intrínseca, en la que la persona no desea verbalizar sus

sentimientos. Este silencio es difícil de aceptar para los familiares de la persona enferma.

Aceptación: La aceptación no es una situación feliz como se podría pensar. En la actualidad se habla de asumir más que de aceptar. Esta es una etapa que pareciera estar vacía de sentimientos (Kubler-Ross, 1978). La persona enferma no se siente ni deprimida, ni ansiosa por su destino. “Cuando el paciente en trance de muerte haya paz y aceptación, disminuye su gama de intereses... la comunicación pasa ser mas no verbal que verbal (Nolan y Bohner, 1983). Algunas veces las personas suelen mantener la posibilidad de una curación que llega hasta el final. “Este rayo de esperanza una forma de negación temporal y parcial, lo que les mantiene a través de largo periodos de sufrimiento” (Nolan y Bohner, 1983).

CAPITULO III. METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 Método

Descriptivo, se llevó a cabo un estudio de caso.

El método descriptivo estudia la realidad, el contexto social, la vida cotidiana, el lenguaje, la interacción social y la subjetividad su propósito es comprender gradualmente las relaciones complejas de los sujetos. Produce datos a partir del discurso de las personas le interesa lo real concreto y global donde, quien investiga juega el rol de observador y participante. El proceso de este método es abierto y flexible implica comprensión, experiencia e interpretación metodológica.

Se utilizó bibliografía, se consultaron varios libros de medicina y algunos artículos, se entrevistó a un médico internista y a un joven diabético para realizar el estudio de caso. Todo ello se registró y transcribió.

3.2 Instrumentos y técnicas

El instrumento que se ocupó fue una historia de caso que es una narración, o relato, una exposición de acontecimientos que una persona vivió a lo largo de su existencia por supuesto dicho relato nunca es exhaustivo ya que resulta imposible reseñar cada acontecimiento que ocurrió en la vida del sujeto.

La historia de caso tiene una doble peculiaridad:

- a) Permitir el acceso a una vida íntima.
- b) Permitir la escucha de dicha vida (Gergen, 1993, citado por Díaz, 2013).

Las historias de caso son una modalidad dentro de la investigación cualitativa que se utiliza para obtener información en esencia subjetiva, de la vida entera de una persona.

La historia de caso se configura en etapa inicial de desarrollo y final. En la etapa inicial se llevó a cabo una reunión con el paciente para explicar el propósito del estudio, garantizar la confidencialidad y ofrecer buenas condiciones y tiempo necesario para recoger la información. Además de explicar los alcances de este trabajo y la dinámica que se llevaría a cabo (entrevista, registro de notas y grabación).

En la etapa de desarrollo se preguntaron sus datos generales los aspectos importantes de la infancia y la adolescencia y los aspectos de su juventud incluyendo el desarrollo de su enfermedad, la relación con su familia, las relaciones laborales, y amorosas, y también se le pidió hablar de su vida en general.

En la etapa final se presenta el informe de acuerdo a las sesiones de trabajo, la organización de la historia de caso y las conclusiones de la misma.

Cabe señalar que este instrumento se alía con la entrevista necesaria de aplicar en tres sesiones bajo una guía configurada por el tema, el problema, los objetivos y los fines. Las preguntas que se llevaron a cabo fueron abiertas y semidirigidas en razón del caso y del tema.

En lo que respecta al médico se hizo una entrevista abierta y dirigida en virtud de su tiempo y de la temática. Esta se llevó a cabo también a partir de una guía (ver anexo) la cual se configuró por datos generales, origen, evolución y desarrollo de la Diabetes Mellitus y el tratamiento de la misma.

En cuanto a las técnicas se utilizó una grabadora papel y lápiz, bibliografía fuentes de información respecto al tema, la observación, y la escucha.

3.3 Participantes

Quien colaboro en este estudio fue un joven diabético del cual no damos el nombre, ni el domicilio por confidencialidad del paciente.

3.4 Procedimiento

Como resultado de cursar el Diplomado de Tanatología surge el interés en la que escribe, por indagar sobre la Diabetes, su origen, evolución y tratamiento en relación con la calidad de vida, por lo que se procedió a buscar información en diferentes fuentes y posteriormente se llevó a cabo la búsqueda de un paciente diabético que quisiera colaborar en este trabajo.. Haciendo posible una historia de caso, que a continuación se describe.

HISTORIA DE CASO

I. DATOS GENERALES

Nombre: Juan López (Se cambió el nombre por cuestiones de privacidad y confidencialidad)

Edad:

Religión:

Ocupación:

Estado Civil:

Domicilio:

II. ASPECTOS RELEVANTES DE SU INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El joven Juan refirió ser sietemesino también comento que su madre lo amamanto y camino al año de edad. El comento que su infancia fue buena hasta los seis años pues, a esta edad fue diagnosticado con la enfermedad de *Hodking*, este padecimiento es un cáncer del tejido linfático encontrado en los ganglios linfáticos el bazo, el hígado y la medula ósea, la etiología de esta enfermedad aún es desconocida.

El joven Juan comento que recibió como tratamiento para la enfermedad de Hodking quimioterapia por seis meses, Juan manifestó también que fueron momentos difíciles, aunque tenía el apoyo de su familia en este complicado proceso no dejaba de ser doloroso pues después de las quimio se sentía muy débil y devolvía todo lo que comía.

El joven Juan refiere que cuando tenía 13 años sus padres se divorciaron y que este evento afecto su estabilidad emocional. Recordemos que en la adolescencia es cuando más vulnerables estamos a ciertos cambios. El joven Juan se fue a vivir con su padre y comenta que comenzó a comer en exceso y grandes cantidades de comida chatarra, el joven comento también que no practicaba ningún deporte no era parte de sus hábitos, cuando cumplió 16 años

empezó a ingerir alcohol, a fumar, salía con sus amigos como cualquier adolescente. El joven comento que él era muy delgado hasta los 13 años pero que después empezó a ganar peso al grado que a los 16 años llego a pesar 80 kg.

III DESARROLLO Y EVOLUCION DE SU ENFERMEDAD

En la etapa de su juventud Juan tuvo otro evento que marco su vida significativamente, comento que a los 20 años cuando cursaba el segundo año de su carrera universitaria fue diagnosticad con Diabetes Mellitus, el joven manifestó que a pesar de que conocía los síntomas de dicha enfermedad pues su madre es diabética no dejo de impactarse con la noticia, La Diabetes Mellitus genera la percepción de gravedad significa para el enfermo la perdida irreversible de la salud y un desequilibrio emocional en la persona que la padece y su familia.

El joven refiere que le fue muy difícil enfrentar este momento pues “solo tengo veinte años, empiezo a vivir” comento. Este joven como muchos otros que son diagnosticados con Diabetes Mellitus en esta etapa de su vida, interpretan el control y tratamiento de dicha enfermedad como una amenaza a su libertad y deciden no seguirlo, La óptica de tener una vida similar a la de sus pares es atractiva a pesar de conocer los riesgos.

El joven Juan refiere que el diagnostico le fue dado por un médico particular quien platico con él y su padre, el doctor le explico en consistía su enfermedad pero no le comento que existían terapias tanatologías como parte del tratamiento y que el probablemente le hubiera gustado tener este apoyo pues ya que es una enfermedad crónico degenerativa . Se observa que los médicos manifiestan su interés y en algunas ocasiones, su imposibilidad para proporcionar apoyo psicológico o tanatológico al enfermo ya que en los equipos no está integrada la figura del psicólogo o en el caso que nos atañe el tanatólogo.

El joven Juan manifestó también que la Diabetes Mellitus afecta sus relaciones interpersonales, su novia lo abandono al enterarse que estaba enfermo después de un año de relación con ella, en el círculo de amigos refiere que le es difícil la inserción con este, pues él tiene muchas limitaciones.

En cuanto a la vida laboral el joven comento que en ocasiones se siente muy cansado, recordemos que estos pacientes presentan alteraciones en su cuerpo y una de ellas es la hipoglucemia, concentraciones bajas de azúcar en la sangre.

La falta de glucosa para el trabajo muscular induce fatiga y debilidad de grado variable. El paciente manifestó sentimientos de tristeza, comento que a veces se siente amenazado por su enfermedad, no únicamente por el riesgo de complicaciones sino porque se percibe diferente a sus iguales y el piensa que esto le imposibilita relacionarse con ellos en el mundo socio laboral.

En este tipo de pacientes se observan sentimientos de tristeza y depresión pues la perdida de la salud les genera en estos enfermos la idea de que tendrán una pobre calidad de vida.

El joven Juan refiere que al principio de su enfermedad fue rebelde a seguir el tratamiento para controlar la Diabetes Mellitus, pues él se negaba a tener que llevar ciertas dietas, y cambiar su estilo de vida. Se observa que la negación al principio de la enfermedad en estos pacientes es muy común lo que ocasiona incumplimiento del tratamiento. Estos pacientes presentan también necesidades de carácter psicológico y social no solo un control en su glucemia

El joven Juan manifestó en ocasiones sentir coraje por su enfermedad, también comento que existen días en los que solo quiere permanecer dormido en su habitación y no se siente con ánimos de salir con amigos. Los pacientes con enfermedades terminales tienden a desencadenar depresión, y aunque ellos en ocasiones no se percatan de esto, están deprimidos y llegan a desarrollar una depresión mayor sino son atendidos por un profesional de la salud como lo es el tanatólogo o psicólogo.

Este joven comento también que se siente ansioso cada vez que va al médico pues él sabe que tiene una enfermedad crónico degenerativa y conoce cuáles son sus complicaciones. Juan comento que le ha llevado tiempo entender lo que pasa en su cuerpo, lleva 8 años con Diabetes Mellitus y aun le cuesta trabajo hablar de ello. El proceso de duelo en estos pacientes es doloroso pues presenta la perdida de la salud, de un estilo de vida, no es fácil afrontar este tipo de problemáticas sin embargo se ha visto una mejor afrontación de esta enfermedad en pacientes que llevan tratamiento tanatológico.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de diabetes mellitus lleva consigo un pronóstico de una enfermedad irreversible y por lo tanto de un manejo terapéutico integral continuo. Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para preservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones que causen invalidez e incluso la muerte. Estas condiciones vinculadas al estado diabético enfrentan al paciente a la difícil tarea de controlar una enfermedad que requiere la aplicación diaria de insulina o la administración regular de medicación para controlar la enfermedad, así como ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física,

medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa, comprender los efectos de no respetar las dietas y de las infecciones en sus cifras de glucemia e identificar, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones en la vida cotidiana de estas personas.

Es más probable que el paciente logre mantener una buena salud física, mental y psicológica con un tratamiento integral y con esto quiero decir, incluir la terapia tanatológica con estos pacientes ya que los seres humanos somos seres biopsicosociales y que cuando se nos es diagnosticado una enfermedad crónico degenerativa como lo es la diabetes esto afecta nuestra psique, el impacto es demasiado fuerte, que el paciente puede llegar a no poder afrontarlo y por lo tanto desencadenar otras enfermedades como la depresión o en casos más drásticos suicidarse.

La calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, es de vital importancia y no solo debemos cuidar la parte física me parece que los profesionales de la salud debemos dirigir nuestra mirada hacia la parte emocional del enfermo ya que esta se ve muy afectada después de un diagnóstico como el de Diabetes Mellitus, si bien la enfermedad es irreversible si podemos enseñar a el paciente a adaptarse a vivir y convivir con su nueva condición de vida.

GLOSARIO

Arteriosclerosis: f.. ([Patol. Cardiovascular](#)) Endurecimiento de las [arterias](#), provocado por el depósito de sustancias lipídicas, placas de [ateroma](#), en las paredes de las [arterias](#).

Bacteriemia: Presencia de bacterias en la sangre

Bacteriuria: Presencia de bacterias en la orina. Normalmente la orina es estéril

Cetosis: Una acumulación de *cetonas* en el cuerpo que puede conducir a la *cetoacidosis diabética*. Los signos de la cetosis son náusea, vómitos y dolor de estómago.

Cohorte: Conjunto, serie.

Coxsackie 4: Un virus que daña las células beta del páncreas. Podría ser este virus la causa de la diabetes insulino dependiente.

Diaforesis: f. ([Fisiol.](#)) [Sudoración](#) profusa por causas [fisiológicas](#) como ejercicio, respuesta emocional, temperatura ambiental, o por causas [patológicas](#).

Endibias: [También endivia, menos usado] s. f. Hortaliza parecida a la lechuga, de hojas rizadas por fuera y lisas y blanquecinas por dentro; el cogollo se come en ensalada.

Fagocitosis: biol. Capacidad de algunas células de destruir las bacterias o agentes nocivos para el organismo.

Gastroparesia: F. (Patol. Digest. Y Hepatil) Parálisis del estómago atonía gástrica.

Guadaña: f. instrumento para segar a ras de tierra con un mango largo que forma ángulo con el plano de la cuchilla..

Hodgkin: La enfermedad de Hodgking es un tipo de linfoma. El linfoma es un cáncer del tejido linfático encontrado en los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado y la médula ósea.

Islotes Pancreáticos: m. Conjunto de células densamente agrupadas. Los *islotes* pancreáticos o de Langerhans son grupos de células que segregan insulina y glucagón y que intervienen en la regulación de la glucemia

Lípidos: Molécula orgánica compuesta por carbono e hidrogeno, y en menor medida por oxígeno, fósforo azufre o nitrógeno. Su propiedad principal es ser hidrofóbica o insoluble en agua. Funciones de los lípidos: 1) Constituir un reserva energética triglicéridos 2) Función estructural: fosfolípidos de las bicapas de las membranas 3) Función reguladora hormonas esteroides.

Mandrágora: La mandrágora es una planta de la familia hierba mora (solanáceas). Tiene la raíz gruesa y muchas veces bifurcada, lo cual de la figura de dos piernas humanas. Esta planta tiene mal olor y fuertes alcaloides, los cuales son usados como narcóticos. Desde la antigüedad esta palabra fue considerada mágica, por la forma humana de la raíz y por sus poderes narcóticos. La palabra “mandrágora” viene del latín y esta del griego. Su origen es desconocido, pero hay unos que dicen que significaba “dañino para el ganado”.

Microangiopatía: La microangiopatía afecta a la función capilar, y sus efectos se manifiestan sobre todo en dos lechos vasculares: la [retina](#) y el [riñón](#).

En las primeras etapas de la microangiopatía aumenta el flujo, posiblemente por aumento de factores dilatadores ([óxido nítrico](#), [prostaglandinas](#)) o por lesión del músculo liso de las arteriolas.

El aumento del flujo sanguíneo aumenta la presión en los capilares y eso daña el endotelio capilar y aumenta su permeabilidad.

El aumento de presión y de permeabilidad capilar produce salida de proteínas, engrosamiento de la membrana basal e hialinosis.

Estas alteraciones capilares, en etapas más avanzadas disminuyen la capacidad de dilatación y producen isquemia.

Necrosis papilar: f. pat. Mortificación o gangrena de los tejidos del organismo.

Neuroglucopenia: Manifestación derivada del sufrimiento neuronal producido por hipoglucemia. El mareo, la irritabilidad, la confusión, las convulsiones,

el estupor y la coma son las manifestaciones neuroglucopénicas que, potencialmente, pueden presentarse en las crisis de hipoglucemia.

Neuropáticas: Enfermedad del sistema nervioso. En personas con *diabetes*, las tres principales formas son: *neuropatía periférica*, *neuropatía autónoma* y *mononeuropatía*. La forma más común es la neuropatía periférica, la cual afecta los pies y piernas.

Nefropatía: Una enfermedad de los *riñones*. La *hiperglucemia* y la *hipertensión* pueden dañar los *glomérulos* del riñón. Cuando hay daño en los riñones, la *proteína* escapa fuera de los riñones y a la *orina*. Los riñones dañados ya no pueden remover los desechos y el exceso de líquido del torrente sanguíneo.

Parotiditis: f. ([patol. general](#)) [Inflamación](#) de la [glándula parótida](#).

Pandemia: f. pat. Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a la mayoría de los habitantes de una población

Septicemia: f. ([patol., general](#)) [Género](#) de [enfermedades infecciosas](#), graves, producidas por el paso a la [sangre](#) y su multiplicación en ella de diversos gérmenes [patógenos](#).

Vasculopatía: Relacionado con los *vasos sanguíneos* del cuerpo.

Vejiga neurogena: Pérdida del control de la vejiga causada por daño a los nervios que controlan la vejiga.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bravo, Margarita. Que es la Tanatología. Revista Digital Universitaria 10 de Agosto 2006. Volumen 7 No. 8 ISSN:1067-6079, México.

Capo Jordi, Pérez Iván, Belloso Mario, Figuerola Daniel, (1997), Educación Terapéutica, Barcelona, España, Ed. Massons.

Díaz, Yefrén. (2013) *Técnicas de Investigación*. Universidad Pontificia Javeriana. España.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, (1992) Ed. Salvat. Barcelona, España

Fuertes, Carlos; Cabrera, José y Forneiro, José. (2007) *Manual de Ciencias Forenses*. Editorial Aran, España.

Gómez, Marcos. (2007). *La Pérdida de un ser Querido*. Ed. Aran S.L., España.

Guevara, Edwin. *La vivencia del duelo. Pauta para el acompañamiento pastoral a las personas con enfermedad terminal y a sus familiares.* "TANAT@'S Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología No. 8. Octubre del 2006. España

Holmes H. Nancy, Robinson Joan, Tscheschlog (2007). *Diabetes Mellitus Guía para el Manejo del Paciente*, Barcelona, España, Ed. Walters Kluver, Health España, S.A.

Islas, Sergio. (2005). *Diabetes Mellitus*, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Nuland B. Sherwin (1993). *Como Morimos*, Ed. Alianza S. A. Madrid.

Puigarnau, Alba (2010). *Las Tareas del Duelo*. Barcelona, Ed. Paidós Ibérica.

Polo, Marcos (2005) *La Tanatología del Siglo XXI* [Libro electrónico Pdf]. Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad UNIVER. Disponible en: http://ftpmirror.your.org/pub/wikimedia/images/wikipedia/commons/b/b2/TANATOLOGIA_DEL_SIGLO_XXI.PDF [Consultado 1/12/013]

Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(1):28-31

Tortosa, José. (2011) *Conceptos Básicos de Patología Forense*, Ed. Palibrio, España.

<http://personalidadenduelo.wordpress.com/discusion-teorica/sobre-duelo/definicion-y-tipos-de-duelo/>

<http://zl.elsevier.es/es/revista/endocrinologia-nutricion-12/proceso-adaptacion-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1-13115569-originales-2008>

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957009>

ANEXOS

HISTORIA DE CASO

Guía de Entrevista

I. DATOS GENERALES

Nombre: Juan López (Se cambió el nombre por cuestiones de privacidad y confidencialidad)

Edad:

Religión:

Ocupación:

Domicilio:

II. ASPECTOS RELEVANTES DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

11. Como fue el parto de tu madre cuando naciste?
12. A qué edad caminaste?
13. Como fue tu infancia?
14. Como fueron las relaciones con tu familia es esta etapa?
15. Algún evento importante que marcó tu vida en esta etapa?
16. Como llevaste esto sentiste apoyo de tu familia?
17. Como reaccionaste ante el divorcio de tus padres?
18. Quien te cocinaba?

19. Practicabas algún deporte?
20. Como era la relación con tus amigos?

III. DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

17. Cuando te diagnosticaron la Diabetes Mellitus?
18. Cuál fue tu reacción ante el diagnóstico de tu enfermedad?
19. Que consideras que fue la etiología de tu enfermedad?
20. El médico que te atendió era de alguna institución de gobierno?
21. Recibiste apoyo psicológico o tanatológico al diagnosticarte la enfermedad?
22. Consideras importante que los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas degenerativas es conveniente que lleven apoyo tanatológico?
23. Tienes novia?
24. Consideras que se han presentado cambios en tu estilo de vida?
25. Sigues las dietas prescritas por tu médico?
26. Como ha afectado la enfermedad en tus relaciones interpersonales?
27. Como es la relación con tus compañero de trabajo?
28. Cómo te sientes?
29. Te checas periódicamente?
30. Como ha sido el proceso de tu enfermedad?
31. Tuviste apoyo de tu familia?
32. Has aprendido a vivir con tu enfermedad?